

様式第1号（第4条関係）

大台町帯状疱疹予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

（あて先）大台町長 様

標記について、次のとおり関係書類を添えて申請します。 年 月 日

| | | | | |
|-----|------|----------|-----------------|--|
| 申請者 | フリガナ | | 接種を受けた者 との続柄 | |
| | 氏名 | | | |
| | 現住所 | 〒 大台町 | 電話番号 | |

被接種者名等（予防接種を受けた方について記入してください）

| | | | | | | | |
|--------|--|--|---|-----|---------------|---|---|
| 被接種者 | フリガナ | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ | 生年月日 | 大正 | 年 | 月 | 日 |
| | 氏名 | | 昭和 | 年 | 月 | 日 | |
| | 現住所 | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ | 〒 大台町 | | | | |
| | ワクチンの種類 | <input type="checkbox"/> 不活化ワクチン（乾燥組み換え帯状疱疹ワクチン） | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 生ワクチン（乾燥弱毒性生ワクチン） | | | | | |
| | 予防接種を受けた年月日 <small>（申請のみ記載）</small> | 1回目 | 年 月 日 | | | | |
| | | 2回目 | （不活化ワクチンのみ） 年 月 日 | | | | |
| 接種費用 | 1回目 | 円 | 申請額 <small>（接種費用の1/2 または上限額）</small> | 1回目 | 円 | | |
| | 2回目 | 円 | | 2回目 | （不活化ワクチンのみ） 円 | | |
| 接種医療機関 | 名称 | | | | | | |

私が受領する任意接種費用について、下記指定口座への振込を依頼します。

| | | | | | | | | |
|-------|-------|------------------|------|----|-----------------|--|--|--|
| 振込先口座 | 金融機関名 | 銀行 本店 信用金庫 | | 店名 | 本店 支店 出張所 | | | |
| | 預金種別 | 普通・当座 | 口座番号 | | | | | |
| | フリガナ | | | | | | | |
| | 口座名義人 | | | | | | | |

申請者氏名と異なる名義の口座に振り込みを希望される場合、下欄に記入をお願いします。

| | |
|------------------------------------|-------|
| ※委任状 | |
| 私は、上記口座名義人に接種費用の受領に関する一切の権限を委任します。 | |
| 年 月 日 | 申請者氏名 |

- 【提出書類】 医療機関等で発行された予防接種の領収書（写し）
 予防接種を受けたことが確認できる書類（写し）