

様式第1号（第5条関係）

川越町带状疱疹予防接種費用助成金交付申請書

年 月 日

川越町長 様

申請者 <sup>フリガナ</sup>氏名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

川越町带状疱疹予防接種費用助成事業実施要綱第5条の規定により、带状疱疹予防接種に係る助成金の交付を下記のとおり、申請いたします。

記

フリ 氏	カナ 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
生年月日	年 月 日				
接種日時点の 住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 三重県三重郡川越町				
ワクチンの種類	接種回数	接種日	接種金額	接種医療機関	
生ワクチン	1回目	年 月 日	円		
不活化ワクチン	1回目	年 月 日	円		
	2回目	年 月 日	円		
助成金の合計				円	
助 成 金 の 振 込 先					
金融機関名	支店名	分類	口座番号		口座名義
銀行 金庫 信組 農協 漁協	本店 支店 支所 出張所	普通 当座	右詰で記入してください。		カナ又はアルファベット（通帳の表記）で記入してください。

1. 申請者及び太枠の中を記入してください。
2. 添付書類
  - ア. 医療機関発行の領収書（原本）
  - イ. 予防接種を受けたことが分かる書類（接種日、ワクチン名、ロット番号がわかるもの。）