

様式第 1 号（第 5 条関係）

青木村带状疱疹予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

青木村長 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。

<被接種者>

住所	青木村大字		
生年 月日	年 月 日 (歳)	電話 番号	
ふりがな			
氏名	印 自署の場合は押印省略可		

<予防接種の内容>助成の対象はいずれか一方の種類の予防接種のみです。

予防接種の種類	接種年月日		予防接種の費用	助成額 (費用の 2 分の 1)
	1 回目	2 回目		
乾燥弱毒生水痘ワクチン (ビケン)	年 月 日		円	上限額 5,000 円
乾燥組換え带状疱疹ワクチン (シングリックス)	① 年 月 日	② 年 月 日	①+② 円	上限額 1 回 11,000 円
			助成額	円

<振込口座>

金融機関名		支店名				
預金種別	1.普通 2.当座	口座番号				
ふりがな						
口座名義人						

※添付書類（原本）
予防接種費用領収書（予防接種の名称及び単価が確認できない場合は、診療明細書等が必要