

古平町帯状疱疹予防接種費用助成申請書(償還払い用)

年 月 日

古平町長 様

申請者住所 〒 ー
古平町大字 町

申請者氏名
(自署) TEL ー ー

帯状疱疹予防接種費用助成金の交付を受けたいので、接種が確認できるもの（予診票等）の写し及び領収書等を添えて申請します。

交付申請金額	¥		
被接種者氏名		申請者との続柄	
予防接種名	帯状疱疹ワクチン (<input type="checkbox"/> 生ワクチン <input type="checkbox"/> 不活化ワクチン【1回目】 <input type="checkbox"/> 不活化ワクチン【2回目】)		
接種年月日	令和 年 月 日 接種		
	令和 年 月 日 接種		
実施医療機関 名称 住所	〒 ー TEL () ー		

助成金振込指定口座

金融機関名	口座番号						口座名義
銀行・信金 本店・店 (口座種別 普通・当座)							(カタカナで記入下さい)

※口座番号・名義確認のため、通帳の写しを添付してください。