

生坂村帯状疱疹予防接種助成金申請書兼請求書・領収書

年 月 日

生坂村長 殿

申請者(世帯主)

住 所 生坂村

氏 名 印

電 話

生坂村帯状疱疹助成金について、次のとおり申請いたします。

【申請者記入欄】

接種を受けた方の氏名	生 年 月 日	住 所	
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	
助成金の交付申請にあたり、村が保有する私(世帯主)の課税資料等の個人情報を見ることができると承諾します。			
氏 名 印			
振 込 先	金融機関名	支店・支所名	
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号
	ふりがな		
	口座名義人		

【医療機関記入欄】

ワクチン名 (どちらかに○)		・ 生ワクチン		・ 不活性化ワクチン	
1 回 目	接 種 日	年 月 日	2 回 目	接 種 日	年 月 日
	接 種 料	円		接 種 料	円
令和 年 月 日		住 所			
		医 療 機 関 名 称			
		医 師 名		印	

※医療機関 殿

接種料の助成については償還払いとなりますので、接種時の費用全額を受領いただき、その額の記載をお願いいたします。