

年 月 日

さつま町带状疱疹予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

さつま町長 上野 俊市 様

住 所
申 請 者
電 話 番 号



带状疱疹予防接種費用助成金の交付を受けたいので、さつま町带状疱疹予防接種費用助成金交付要綱第7条の規定に基づき、下記のとおり申請します。また、助成金を下記の口座に振り込み願います。

記

被接種者	フリガナ		生年月日	年 月 日		
	氏 名					
	住 所	さつま町				
医療機関名						
種別(該当するワクチンの □にレを記入してください)	助成回数(該当する□にレを記入してください。)	接 種 日	①接種費用	②基準額	③交付決定額(①②のいずれか低い額)	
□带状疱疹ワクチン (生ワクチン)	□ 1回目	年 月 日	円	4,000円	円	
□带状疱疹ワクチン (不活化ワクチン)	□ 1回目	年 月 日	円	10,000円	円	
	□ 2回目	年 月 日	円	10,000円	円	
交付決定額合計			_____円			

助成金の振込先(記入欄に相違があると振込ができませんので注意して記入してください。)

金 融 機 関 名	銀行・信用金庫		本店・支店					
	信用組合・農協		支所・出張所					
口 座 種 別	普通・当座・貯蓄	口 座 番 号						
フリガナ								
口 座 名 義 人								

※医療機関発行の領収書原本
※振込先口座がわかるもの(通帳の写し)