

様式第1号(第6条関係)

带状疱疹予防接種費用助成金交付請求書

年 月 日

亀山市長 様

請求者 氏

住 所

フリガナ

氏 名

※本人が署名しない場合は、記名押印してください。

生年月日 年 月 日

電話番号

下記のとおり、带状疱疹予防接種をしましたので、助成金を交付されたく、带状疱疹予防接種費領収書を添えて請求します。なお、この請求に関し、住所、接種状況等を調査することを承諾します。

記

1 請求額 \_\_\_\_\_ 円

2 接種したワクチンの種類等

助成の対象となる接種 (該当するものに☑を付けてください。)	<input type="checkbox"/> 生ワクチン	<input type="checkbox"/> 不活化ワクチン	
		<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目
接種年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
接種に要した費用	円	円	円
実施医療機関名			
助成金額	円	円	円

3 振込先

振 込 先	銀行 農協 信用金庫		支店 支所
	普通	当座	口座番号
	フリガナ		
	口座名義人		

備考 带状疱疹予防接種費領収書(様式第2号)又は予防接種を受けた医療機関が発行する領収書その他の当該予防接種に係る支払額が確認できる書類(写しは不可)を添付してください。