

様式第 1 号（第 4 条関係）

年 月 日

美咲町長 あて

美咲町带状疱疹予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

下記のとおり、美咲町带状疱疹予防接種費用助成金交付要綱第 4 条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請し、請求します。

記

申請者氏名 (被接種者氏名)			生年月日	年 月 日
被接種者住所	美咲町		電話番号	
接種の内容 (申請分のみ記載)	ワクチンの種類		接種年月日	
	水痘生ワクチン		年 月 日	
	带状疱疹ワクチン	1 回目	年 月 日	
		2 回目	年 月 日	
実施医療機関	所在地			
	医療機関名			
申請金額	円			
私が受領する助成金について、下記口座への振込みを依頼します。 (※口座は申請者個人の名義であること。)				
金融機関名	銀行・農協 信用金庫 労働金庫		本店(所) 支店(所) 出張所	
口座番号	普通・当座			
(フリガナ)				
口座名義人				

【添付書類】 ☐ 予防接種に要した費用の支払いを証明する医療機関等が発行した書類
(領収書及び明細書、支払証明書等) ※原本に限ります。

☐ 予防接種を受けたことを証明する医療機関等が発行した書類

※上記に替えて美咲町带状疱疹予防接種費用助成金申請用証明書でも可

【確認書類】 ☐ 被接種者の氏名・住所・生年月日が確認できる書類の写し

※マイナンバーカード、運転免許証、健康保険証（両面）、住民票等の内ひとつ

☐ 振込希望先金融機関の通帳又はキャッシュカードのコピー（口座確認用）