

剣淵町帯状疱疹ワクチン接種費用助成申請書

年 月 日

剣 淵 町 長 様

住 所
申請者
氏 名
電話番号

剣淵町帯状疱疹ワクチン接種費用助成事業実施要綱による助成を受けたく、
下記のとおり申請します。

接 種 者 氏 名			
生 年 月 日 等	年 月 日生 (満 歳)		
加 入 医 療 保 険	☐ 後期高齢者医療 ☐ 国民健康保険 ☐ その他の健康保険 ☐ 生活保護		
実 施 医 療 機 関			
接 種 日	年 月 日	☐ 不活化ワクチン1回目	☐ 生ワクチン1回目
	年 月 日	☐ 不活化ワクチン2回目	
接 種 費 用 額	円	助 成 申 請 額	円

振込方法	振 込 先 金 融 機 関 名		店 名	口 座 名 義 人
	信金 銀行 農協		支店 支所	(ふりがな)
	口座種別	口座番号		
	☐ 普通 ☐ 当座			

【添付書類】領収書、接種したワクチンの種類が確認できる書類（予防接種済証、予診票の写し等）