

新島村帯状疱疹予防接種費用助成金交付申請書

年 月 日

新島村長殿

申請者	住所	新島村
	氏名	
	被接種者との続柄	
	電話番号	

新島村帯状疱疹予防接種費用の助成に関する要綱第6条の規定に基づき、下記のとおり申請します。

被接種者氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	生年月日	年 月 日
接種日の住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
接種年月日 及び 医療機関名	1 回 目	年 月 日	2 回 目
			年 月 日
助成申請額※	金 円	※上限額：乾燥弱毒生水痘ワクチン(1回) 4,000円 乾燥組換え帯状疱疹ワクチン(2回) 20,000円	

振込先 金融機関	銀行 信用組合 信用金庫		支店						
口座種別	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 当座	口座番号						
ゆうちょ銀行 の場合	記号		—	番号					
フリガナ									
口座名義人※	※被接種者と同一の者								

- <添付書類> 1. 住所を証明する書類（下記の同意書に同意した場合は省略可）
 2. 明細書等、ワクチンの種類及び予防接種を受けたことが確認できる書類の写し
 3. 予防接種に係る接種医療機関発行の領収書原本
 4. 通帳の写し等、振込先の情報が分かる書類

同意書	
新島村帯状疱疹予防接種費用の助成に関する要綱第3条に該当していることを確認するため、住民基本台帳等の調査、照会、閲覧について同意します。	
申請者氏名	_____（自署又は記名押印）