

年 月 日

芝山町長 様

申請者 住所 _____
氏名 _____ 印
被接種者との関係 _____
電話番号 _____

芝山町带状疱疹任意予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

带状疱疹任意予防接種費用の助成を受けたいので芝山町带状疱疹任意予防接種費用助成に関する要綱第4条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。
なお、この申請に当たり、住民基本台帳等の確認をすることに同意します。

記

1 被接種者

被接種者 氏 名		生年月日	
住 所	□ 申請者と同じ		

2 予防接種の内容及び申請額

ワクチンの種類			助成上限額	
□ 乾燥弱毒生水痘ワクチン（生ワクチン）			4,000 円を 1 回まで	
□ 乾燥組換え带状疱疹ワクチン（不活化ワクチン）			10,000 円を 2 回まで	
接種年月日	1 回目	年 月 日	接種費用	円
	2 回目	年 月 日	接種費用	円
助成申請額		円		

※助成額は、接種費用の2分の1（100円未満切捨て）と上限額のいずれか低い額

3 振込先

銀行名		支店名	
口座種別	普通 ・ 当座	口座番号	
(フリガナ) 口座名義人			

4 関係書類確認欄

- ☐ 接種費用の額が分かる領収書
- ☐ 予防接種を受けたこと、予防接種の種類及び接種日を確認することができる書類（領収書の記載で確認することができる場合は、省略可）
- ☐ 振込先金融機関口座通帳の写し
- ☐ 申請者が被接種者以外の場合は委任状（任意様式）