様式第２号（第７条関係）

年　　月　　日

基山町帯状疱疹予防接種費助成申請書兼請求書

基山町長　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　印

電話番号

　基山町帯状疱疹予防接種実施要綱第７条の規定により、帯状疱疹予防接種費の助成を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。

この申請内容について、公簿と照合すること及び医療機関等へ確認することに同意します。

□申請者と同じ　　※申請者が対象者と同じ場合は、対象者欄は生年月日のみ記入

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対  象  者 | フリガナ |  | 電話番号 |  |
| 氏　　名 |  | 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 住　　所 |  | | 申請者との続柄  （　　　　　　　） |
| 予防接種の種類 | | □　乾燥弱毒生水痘ワクチン（生ワクチン）  □　乾燥組換え帯状疱疹ワクチン（不活化ワクチン）　　　　　　　　　回目 | | |
| 接　種　日 | | 年　　　月　　　日 | 自己負担額 | 円 |
| 接種した医療機関名 | |  | | |

振込先

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 |  | 銀行・金庫  組合・農協 | |  | 本店・支店  本所・支所 |
| 預金の種類 | 普通　・　当座 | | 口座番号 |  | |
| フリガナ  口座名義 |  | | | | |

・添付書類　　①接種した医療機関等の領収書の原本

　　　　　　　②その他町長が必要と認める書類

・助成金額　（生ワクチン）１回につき4,000円か自己負担額の２分の１のどちらか少ない額

　　　　　　（不活化ワクチン）１回につき10,000円か自己負担額の２分の１のどちらか少ない額

・申請期間　　当該年度の３月末まで