様式第１号（第５条関係）

**十日町市帯状疱疹予防接種費用助成申請書兼請求書**

年　　　月　　　日

　十　日　町　市　長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒

申請者　住　　所　十日町市

氏　　名

続柄（接種を受けた者との関係）

電話番号

　帯状疱疹予防接種を受けましたので、十日町市帯状疱疹予防接種費用助成事業実施要綱第５条第１項の規定により関係書類を添えて申請（請求）します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 接種した者 | □上記（申請者と同じ） | | | |
| 住所 | 〒  十日町市 | | |
| ふりがな |  | | |
| 氏名 |  | | |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 （　　　　歳） | | |
| 接種医療機関 | |  | | |
| 接種内容 | | 裏面に記載のとおり | | |
| 申請（請求）額 | | 円  ※裏面の申請（請求）額の合計を記入 | | |
| 振込先 | 金融機関名 | 銀行・組合・金庫・農協　　　　　　本店・支店 | | |
| 預金種別 | 普通　・　当座 | 口座番号 |  |
| ふりがな |  | | |
| 口座名義 |  | | |
|  | | | | |
| 助成決定額 | | ※この欄は記入しないでください  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 | | |

【添付書類】

□領収書（原本）

□診療明細書（原本）

□振込先口座（銀行名・支店名・口座番号・口座名義人）を確認できるもの（通帳の写しなど）

※裏面にも記入欄があります

接種内容

単位：円

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請金額  （申請分のみ記載） | | 接種年月日 | ①接種費用 | ②自己  負担額 | ③助成対象額  （①-②） | ④助成  限度額 | 申請（請求）額  ③と④のうち少ない額 |
| 生ワクチン | | 年　月　日 |  |  |  |  |  |
| 不活化  ワクチン | １回目 | 年　月　日 |  |  |  |  |  |
| ２回目 | 年　月　日 |  |  |  |  |  |
| 申請（請求）額の合計 | | | | | | |  |