

十日町市带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

带状疱疹予防接種を受けましたので、十日町市带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         | 〒<br>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<br>※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<br>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<br>(申請分のみ記載) |         | 接種年月日 | ①接種費用 | ②自己<br>負担額 | ③助成対象額<br>(①-②) | ④助成<br>限度額 | 申請（請求）額<br>③と④のうち少ない額 |
|-------------------|---------|-------|-------|------------|-----------------|------------|-----------------------|
| 生ワクチン             |         | 年 月 日 |       |            |                 |            |                       |
| 不活化<br>ワクチン       | 1<br>回目 | 年 月 日 |       |            |                 |            |                       |
|                   | 2<br>回目 | 年 月 日 |       |            |                 |            |                       |
| 申請（請求）額の合計        |         |       |       |            |                 |            |                       |

