

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	住 所	〒 十日町市		
	ふりがな		
	氏 名		
	生年月日	年 月 日（ 歳）		
接種内容	予防接種名 （○で囲む）	(1) 生ワクチン（乾燥弱毒生水痘ワクチン） (2) 不活化ワクチン（乾燥組換え帯状疱疹ワクチン）		
	接種医療機関		
	接 種 日	1回目	年 月 日	
		2回目	年 月 日	
申請（請求）額		円 ※(1)生ワクチンを接種した場合は、1回2,000円が上限。 (2)不活化ワクチンを接種した場合は、1回5,000円で2回まで（合計10,000円）が上限。		
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		

【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）