

様式第 1 号（第 4 条関係）

带状疱疹任意予防接種助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

美浦村長 殿

申請者・請求者 住 所 美浦村

氏 名

T E L

被接種者との続柄（ ）

下記のとおり、带状疱疹任意予防接種助成金の交付を申請します。また、交付が決定した場合は、下記口座に振込を願います。

記

|                             |          |     |                       |             |                    |
|-----------------------------|----------|-----|-----------------------|-------------|--------------------|
| 被<br>接<br>種<br>者            | 氏 名      |     | 生 年 月 日               |             |                    |
|                             | □申請者と同じ  |     | 年 月 日<br>(満 歳)        |             |                    |
| ワクチンの種類                     |          | 接種日 | 接種に<br>要した費用          | 村の助成額<br>単価 | 請求金額※ <sup>1</sup> |
| □乾燥弱毒生水痘ワクチン<br>(生ワクチン)     |          |     | 円                     | 4,000 円     | 円                  |
| □乾燥組換え带状疱疹ワクチン<br>(不活化ワクチン) |          |     | 円                     | 10,000 円    | 円                  |
|                             |          |     | 円                     | 10,000 円    | 円                  |
| 合 計 金 額                     |          |     |                       |             | 円                  |
| 振<br>込<br>先                 | 金 融 機 関  |     | 支 店 名                 |             | 種 別                |
|                             | 銀行 信金 信組 |     | 本店 支店                 |             | 1 普通               |
|                             | 農協 労金    |     | 出張所 支所                |             | 2 当座               |
|                             | 口座名義人氏名  |     | 口 座 番 号※ <sup>2</sup> |             |                    |
|                             | フリガナ     |     |                       |             |                    |

※1 請求金額は、村の助成額単価が上限となります。接種に要した費用と助成額単価のいずれか低い金額を記入してください。

※2 振込先口座は、申請者（請求者）と同じ名義にしてください。

添付書類(1)医療機関等が発行する領収書

※予防接種の種類、被接種者氏名が明記されている原本

(2)接種日及び接種したワクチンの種類が記載された予防接種済証の写し

(3)振込先確認書類の写し

(金融機関名、支店名、口座種別、口座番号、口座名義のわかるもの)

交付・不交付 : 年 月 日