|  |
| --- |
| 長洲町帯状疱疹定期予防接種費用助成申請書兼請求書　　長洲町長　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日　　　長洲町帯状疱疹予防接種費用公費負担に関する要綱第7条の規定により、次のとおり申請します。また、下記記載内容の確認のため、長洲町が住民基本台帳を閲覧することに同意します。（申請者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 被接種者 | ふりがな | 生年月日年　　　月　　　日　 |
| 氏名 |
| 住所（〒　　　　-　　　　　） | 電話番号　　　　‐　　　　- |
| 申請者※被接種者と同じ場合は記載不要 | ふりがな | 被接種者との続柄 |
| 氏名 |
| 住所（〒　　　　-　　　　　） | 電話番号　　　　‐　　　　- |
|  |  |
| 水痘ワクチン |
| 接種日 | 年　　　月　　　日 | 接種費用 | 円　 |
| 帯状疱疹ワクチン |
| 1回目 | 接種日 | 年　　　月　　　日 | 接種費用 | 円　　　 |
| 2回目 | 接種日 | 年　　　月　　　日 | 接種費用 | 円　 |

振込先金融機関口座

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 銀行・農協・金庫 | 本店・支店・支所 |
| 預金種別 | 普通　・　当座 | 口座番号 |  |
| 口座名義（カナ） | 　 |

添付書類：予診票

領収証（医療機関が発行したもの）

助成決定書（長洲町記入欄）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 接種費用（①） | 助成額（③） | 助成決定額（③+④） |
| 円　 | 円　 | 円　 |
| 接種費用（②）※帯状疱疹ワクチン接種の場合 | 助成額（④） |
| 円　 | 円　 |