

様式第 1 号(第 4 条関係)

上里町带状疱疹予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

(あて先)上里町長

申請者 住 所 上里町大字
氏 名 印
電話番号

上里町带状疱疹予防接種費用助成金の交付を受けたいので、上里町带状疱疹予防接種費用助成金交付要綱第 4 条の規定により、関係書類を添えて申請（請求）します。

なお、この申請に基づく補助金の交付決定にあたり、確認等が必要な場合には、町が所有する個人情報を開覧・調査すること及び医療機関等に問い合わせることに同意します。

被接種者	住 所	上里町大字		
	フリガナ			
	氏 名			
	生年月日	年	月	日（ 歳）
接種医療機関名				
接種年月日		年	月	日
ワクチンの種類 (該当するものにチェックしてください。)		☐ 生ワクチン ☐ 不活化ワクチン 1 回目 ☐ 不活化ワクチン 2 回目		
申請額兼請求額		円		

振込先（申請者と同一名義のものに限る。）

振込先金融機関	銀 行・信用組合 本店 農業協同組合・信用金庫 支店		
	種 別	普通 当座	口座番号
	フリガナ		
	口座名義人		

添付書類

- (1)予防接種を受けたことを証明する書類（予防接種名がわかるもの）
- (2)接種費用に係る領収書
- (3)振込先金融機関の口座名義及び口座番号が確認できるもの