様式第１号(第４条関係)

上里町帯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

　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　印

電話番号

上里町帯状疱疹予防接種費用助成金の交付を受けたいので、上里町帯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閲覧・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 |
| 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  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