別記様式第1号（第4条関係）

**長柄町帯状疱疹予防接種費用助成金交付申請書**

　　年　　月　　日

長柄町長　様

　　　帯状疱疹予防接種を実施しましたので、長柄町帯状疱疹予防接種費用助成事業実施要綱の規定に基づき、必要書類を添えて申請します。

なお、金額などの確認のために必要な場合は、医療機関等に対し内容等を照会することについて同意します。

　【**予防接種を受けた方**】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申　請　者(被接種者) | 住　　所　　　 | 長柄町　 |
| 電話番号 |  |
| 氏　　名 | 　　 |
| 生年月日（接種時年齢） | 　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　( )歳 |
| ワクチンの種別 | 　　　　生ワクチン　　・　　　不活化ワクチン |
|  | 接種年月日 | 実施医療機関 | 接種費用の額 |
| 　　　1回目 | 　年　　月　　日 |  | 　　　　　　　　円 |
| 　　　2回目 | 　年　　月　　日 |  | 　　　　　　　　円 |
| 　　助成申請額(1回目2回目の合計額) | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　円 |

　**【振込先】**

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関 | 　　　　　　　　　銀行・　金庫　　　　　　　　　　　本店・支店　　　　　　　　　組合・　農協　　　　　　　　　　　支所 |
| 種　類 | 普通・当座 | 口座番号 |  |
| ゆうちょ銀行 | ゆうちょ銀行 | 普通・当座 | (店番)3桁 | (通帳番号)７桁 |
|  |  |
| 口座名義人 | フリガナ氏　　名(申請者と同一の者とする) |

**【添付書類】**□領収書及び接種を受けたことを証明する書類

　　　　　　　□振込先金融機関口座通帳の写し