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