

長南町帯状疱疹予防接種費用助成金交付申請書

年 月 日

長南町長 様

申請者	住 所	長南町
	氏 名	
	電話番号	

次のとおり、帯状疱疹予防接種費用に係る助成を受けたいので、長南町帯状疱疹予防接種費用の助成に関する要綱第4条の規定により申請します。

1 被接種者氏名等

フリガナ 被接種者氏名	※申請者と同一の者とする事 住 所	生年月日 (接種時年齢)	年 月 日 (歳)
1 回目	接種年月日 年 月 日	接種費用の額	円
	接種医療機関名		
2 回目	接種年月日 年 月 日	接種費用の額	円
	接種医療機関名		
助成申請額 *接種に要した費用のうち、1, 2 回目の合計額を記入する		円	

2 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桁の漢数字 (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事		

3 添付書類 領収書及び接種を受けたことを証明する書類 (原本)

振込先金融機関口座通帳の写し