様式第１号（第４条関係）

㊞

大紀町帯状疱疹予防接種費助成金交付申請書兼請求書

年　　月　　日

大紀町長　様

申請者　　住　　所　〒
（保護者）　　大紀町
氏　　名　　㊞
電話番号

大紀町帯状疱疹予防接種費助成金交付要綱第４条の規定に基づき、関係書類を添えて申請します。

請求金額（助成金額合計）　　円

被接種者名及び請求内訳

ふりがな 被接種者名	
生年月日	年　　月　　日（　　歳）
ワクチン種別	生ワクチン　・　不活化ワクチン

回数	実施医療機関	接種年月日	接種金額	助成金額※ （接種金額／２）
１回目		年　月　日	円	円
２回目		年　月　日	円	円

※ 助成金額は、接種金額の２分の１とし、生ワクチンについては上限 5,000 円、不活化ワクチンについては上限 10,000 円とする。10 円未満の端数があるときはこれを切り捨てた額とする。

※ 助成の回数は、生涯において１人につき生ワクチンについては１回、不活化ワクチンについては２回を限度とし、生ワクチン又は不活化ワクチンのいずれか一方のみ助成する。

※

金融機関名			口座番号	（フリガナ） 口座名義人
銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所	種別 普通 当座 その他		

※ 口座名義人は、申請者名と同一でお願いします。

※ 関係書類：帯状疱疹予防接種領収書（被接種者名・接種日・金額・「帯状疱疹予防接種」と明記されたもの）の原本