

筑紫野市带状疱疹予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

(宛先) 筑紫野市長

(申請者) 住所

氏名

生年月日 年 月 日生 歳

電話番号

筑紫野市带状疱疹予防接種費用助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて筑紫野市带状疱疹予防接種費用助成事業実施要綱第 5 条の規定により申請します。

(1) 助成対象者	フリガナ		生 年	年 月 日	
	氏 名		月 日	(満 歳)	
	住 所				
(2) 予防接種の内容	ワクチンの種類	☐ 乾燥弱毒生水痘ワクチン (生ワクチン) ☐ 乾燥組換え带状疱疹ワクチン (不活化ワクチン)		回数	☐ 1 回目 ☐ 2 回目
	接種日	年 月 日			
	接種した医療機関名				
	接種費用	円			
(3) 交付申請	交付申請額	円			
(4) 添付書類 (添付した書類に ☑をつけてください)	☐ 申請者及び助成対象者 (申請者と異なる場合に限る。) の本人確認ができる書類 (マイナンバーカード、運転免許証、資格確認書等の写し) ☐ 接種した医療機関等が発行した領収書又は明細書の写し (ワクチンの種類及び接種の事実が確認できるもの) ☐ 振込先口座の確認ができるもの (通帳、キャッシュカード等の写し)				

(5) 指定する振込先	金融機関名	銀行・信金・農協 ・信組・労金					本店・支店 ・出張所			
	口座番号等	1 普通 2 当座								
	フリガナ									
	口座名義人									