

別 記

第 1 号様式（第 6 条）

一宮町带状疱疹予防接種費用助成金交付申請書

年 月 日

一宮町長 様

申請者	住 所	一宮町
	氏 名	
	電話番号	

次のとおり、带状疱疹予防接種費用に係る助成を受けたいので、一宮町带状疱疹予防接種費用の助成に関する要綱第 6 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。こと。	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。こと。			

3 添付書類□領収書及び予防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