

別記様式（第7条関係）

外ヶ浜町成人の帯状疱疹ワクチン予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

申請日 年 月 日

外ヶ浜町長 様

住 所 外ヶ浜町字

(申請者) 氏 名

電 話

外ヶ浜町成人の帯状疱疹ワクチン予防接種費用助成事業実施要綱第4条の規定により、下記のとおり助成金の交付を申請（請求）します。

記

(被接種者)

住 所	外ヶ浜町字		
氏 名			
生年月日	大正・昭和	年 月 日	( 歳)
実施医療機関			
ワクチンの種類	生ワクチン（ピケン） / 不活化ワクチン（シングリックス）		
接種年月日 及び接種料金	【1回目】	年 月 日	円
	【2回目】	年 月 日	円
請求合計額	円		
振 込 先 金融機関名	銀行	支店名	支店
	信用組合	口座の種類	普通・当座
	農協 信用漁業協同組合連合会	口座番号	
(フリガナ)			
口座名義人			

【添付書類】接種済みの予診票・領収書・振込先が分かる書類（通帳の写し等）

※町記入欄

上記申請に基づく助成金決定（支給）額	円		
財務会計システムに	登録済・未登録	財務会計システム登録番号	