様式第1号（第4条関係）

辰野町帯状疱疹予防接種費用助成申請書（実績報告書）兼請求書

年　　　月　　　日

（宛先）辰野町長

申請者　住所　辰野町

氏名

下記のとおり、任意の予防接種を受けましたので、辰野町任意予防接種費助成事業実施要綱第4条の規定により、関係書類を添えて申請します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被　接　種　者 | 住　所 | | | 〒　　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 辰野町 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏　名 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | | | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先電話番号 | | | | －　　　　　　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 帯状疱疹ワクチンについて辰野町任意予防接種費用の助成を受けたことがありますか。  　　　　　　　　□はい　　□いいえ　　　※受けたことがある方は対象外です。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 予 防 接 種 名 | | | | | 接種年月日 | | | | 接種費用  （支払った金額） | | | | | 辰野町記入欄 | | | | | | | | | | | | | | |
| 助成上限額 | | | | | | | 助成金額 | | | | | | | |
| 帯状疱疹　生ワクチン | | | | |  | | | | 円 | | | | | 3,000円 | | | | | | | 円 | | | | | | |
| 帯状疱疹  不活化ワクチン | | | １回目 | |  | | | | 円 | | | | | 6,000円 | | | | | | | 円 | | | | | | |
| ２回目 | |  | | | | 円 | | | | | 6,000円 | | | | | | | 円 | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | 助成申請合計金額  円 | | | | | | | | | | | | | |
| 振 込 先 金 融 機 関 | | 銀行 | | | |  | | | | | | | | 種　別 | | | | | | | | | | | | | |
| 信用金庫 | | | | 本店 | | | | | | | | １．普通　　２．当座 | | | | | | | | | | | | | |
| 農協 | | | | 支店 | | | | | | | | 口　座　番　号 | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  |
| ゆうちょ銀行 | | | |  | 記 号 | | | | | | | 番 号 | | | | | | | | | | | | | |
|  | １ |  | |  |  | ０ |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |
| 口 座 名 義 人 | | | | （フリガナ） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

１．申請者と口座名義人が同じ

添付書類

（１）診療明細書その他の接種した予防接種の種類を証明する書類（被接種者の氏名、接種日、ワクチン名、医療機関名が記載されたもの）

（２）領収書の写し