

## 様式第 1 号（第 4 条関係）

## 辰野町带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<br>接<br>種<br>者                                                                                                      | 住 所    | 〒 ー<br>辰野町 |  |                  |  |               |             |      |  |  |  |
|                                                                                                                       | 氏 名    |            |  |                  |  |               |             |      |  |  |  |
|                                                                                                                       | 生年月日   | 年 月 日      |  |                  |  |               |             |      |  |  |  |
| 連絡先電話番号                                                                                                               |        | ー ー        |  |                  |  |               |             |      |  |  |  |
| 带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。<br><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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<br>(支払った金額) |  | 辰野町記入欄        |             |      |  |  |  |
|                                                                                                                       |        |            |  |                  |  | 助成上限額         |             | 助成金額 |  |  |  |
| 带状疱疹 生ワクチン                                                                                                            |        |            |  | 円                |  | 3,000 円       |             | 円    |  |  |  |
| 带状疱疹<br>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<br>円 |             |      |  |  |  |
| 振<br>込<br>先<br>金<br>融<br>機<br>関                                                                                       | 銀行     |            |  | 本店               |  |               | 種 別         |      |  |  |  |
|                                                                                                                       | 信用金庫   |            |  |                  |  |               | 1. 普通 2. 当座 |      |  |  |  |
|                                                                                                                       | 農協     |            |  |                  |  |               | 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