

様式第1号（第5条関係）

鳩山町帯状疱疹予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

鳩山町長 宛て

申請者 住所
氏名 印
電話番号

鳩山町帯状疱疹予防接種費用助成金交付要綱第5条の規定により次のとおり申請します。

また、申請内容を確認するため、町が住民基本台帳等を閲覧することに同意します。

1 予防接種の内容

被接種者氏名		生 年 月 日	年 月 日
予防接種区分	<input type="checkbox"/> 生ワクチン	接 種 回 数	<input type="checkbox"/> 1回目
	<input type="checkbox"/> 不活化ワクチン		<input type="checkbox"/> 2回目*不活化のみ
接種年月日	1回目 年 月 日	接種費用合計	円
	2回目 年 月 日		
助成申請額	円		
接種医療機関名			

2 振込先

金融機関名	<input type="checkbox"/> 銀行		<input type="checkbox"/> 本店					
	<input type="checkbox"/> 信用金庫		<input type="checkbox"/> 支店					
	<input type="checkbox"/> 農業協同組合		<input type="checkbox"/> 支所・出張所					
預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号						
フリガナ								
口座名義人								

※申請者と異なる名義人の口座に振り込みを希望する場合にご記入ください。

私は、上記口座名義人に、鳩山町帯状疱疹予防接種費用助成金の受領に関する一切の権限を委任します。							
年	月	日	申請者氏名	印			

※ 添付書類

- 1 予防接種を受けたことを証明する書類
- 2 領収書の写し