様式第１号（第４条関係）

武豊町帯状疱疹ワクチン任意接種費用助成金申請書兼請求書

年　　月　　日

武豊町長

申請者　住所

　　　　　氏名　　　　　　　　　　印

　　　　　電話

標記について、次のとおり関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 助成対象者 | 氏名 | □申請者と同じ |  |
| 住所 | 武豊町　字 |
| 電話番号 |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 助成の決定に際し、住民基本台帳を閲覧することに同意します。  署名（助成対象者本人） | | |
| 要件 | □町外にかかりつけ医がいるため  □町外にある病院に入院しているため  □町外にある施設に入所しているため  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ａ | 医療機関名 |  |
| Ｂ | ワクチンの区分 | □乾燥弱毒生水痘ワクチン  □乾燥組換え帯状疱疹ワクチン |
| Ｃ | Ｂの接種日及び年齢 | （乾燥弱毒生水痘ワクチンを接種した場合）  ①　　　年　　月　　日、　　歳 |
| （乾燥組換え帯状疱疹ワクチンを接種した場合）  ①　　　年　　月　　日、　　歳  　②　　　年　　月　　日、　　歳 |
| Ｄ | 接種金額 | 円 |
| Ｅ | 助成金額 | 円  乾燥弱毒生水痘ワクチンを接種した場合の上限：3,000円  乾燥組換え帯状疱疹ワクチンを接種した場合の上限：10,000円 |
| 振込先 | 金融機関名 | 銀行　　　　　　　　　　本店  金庫　　　　　　　　　　支店  農協　　　　　　　　　　支所 |
| 預金種別 | 普通　　・　　当座 |
| 口座番号 |  |
| 名義人カナ |  |

【添付書類】

□接種費用の支払を証明する書類（領収書及び明細書、支払証明書等）

□接種記録が確認できる書類（接種済証又は接種済の記載がある予診票等の写し）

※申請者と被接種者が異なる必要書類が不足している等の場合に、追加の書類を求めることがあります。