

南伊勢町帯状疱疹予防接種費用助成金交付申請書

年 月 日

（あて先）南伊勢町長

申請者 住所 南伊勢町
氏名
電話番号

南伊勢町帯状疱疹予防接種費用助成金の交付を受けたいので申請します。

被接種者氏名				
生年月日		年 月 日（ 歳）		
ワクチン種別		生ワクチン ・ 不活化ワクチン		
回数	接種日	医療機関名	接種金額	請求金額
1回目	年 月 日		円	円
2回目	年 月 日		円	円
（添付書類）①振込み通帳のコピー②領収書の原本			請求金額合計	円

※助成回数及び助成金額は、生涯において、1人につき生ワクチンについては1回（4,000円）、不活化ワクチンについては2回（1回につき10,000円）を限度とし、生ワクチン又は不活化ワクチンのいずれか一方のみ助成する。

振込口座（※申請者の口座）

振り込み通帳のコピー 貼り付け欄

※申請者の振り込み通帳のコピーを貼り付けしてください。

（表紙を1枚めくったページのコピーをしてください）。

※口座名義の漢字が申請者氏名に記入したものと異なる場合は振り込み通帳の表紙のコピーも添付してください。（例：「濱」と「浜」など）

※振り込み可能な金融機関は、銀行（ゆうちょ銀行含む）・農協・信漁連・信用金庫・労働金庫となります。

領収書の原本 貼り付け欄

带状疱疹予防接種代と分かる領収書の原本
※不活化ワクチンは接種回数もわかる領収書