

様式第 1 （第 6 条関係）

東郷町帯状疱疹予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

令和 年 月 日

東郷町長 殿

申請者 〒

住所 東郷町

氏名

電話

関係書類を添えて次のとおり東郷町帯状疱疹予防接種費用助成金を申請します。

対象者氏名	☐ 申請者に同じ	申請者との続柄	☐ 本人 ☐ その他（ ）
生年月日	昭和 年 月 日		
申請金額 （請求金額）	円		
予防接種の種類	☐ 水痘ワクチン（ビケン） ☐ 帯状疱疹ワクチン（シングリックス）		
回数	接種年月日	負担額	助成額
1 回目	令和 年 月 日	円	円
2 回目	令和 年 月 日	円	円

振込先

金融機関名			
種別	普通・当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			

添付書類：

- ・領収書（接種者氏名、接種年月日、金額及び医療機関名の記載があるもの）
- ・予防接種の種類の記載があるもの（明細書、接種済証）
- ・振込先のわかるもの（通帳のコピー）