

様式第 1 号（第 7 条関係）

月形町带状疱疹予防接種費用助成申請書兼請求書

年 月 日

月形町長 様

【申 請 者】

住 所 月形町

氏 名 印

電話番号

下記のとおり、月形町带状疱疹予防接種費用助成に関する要綱第 7 条第 1 項に基づき、助成を受けたいので申請（請求）します。

ふりかな		住所			
対象者		接種医療機関			
生年月日	年 月 日 生（満 歳）				
請求内訳	接種日	予防接種名（種類・回数）	計）請求額	*（町記入）助成額	
	年 月 日	☐ 不活化ワクチン 1 回目 ☐ 生ワクチン 1 回目	円	円	
	年 月 日	☐ 不活化ワクチン 2 回目			
支払方法	1 振込		2 現金		
	金融機関名		種 類	口座番号	
	(銀行・農協・信金)		☐ 普通	フリガナ	
	(本店・本所・支店)		☐ 当座	口座名義	
【添付書類】 ☐ 領収書					

*太線の中を記入してください。