

様式第1号（第4条関係）

志賀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

志賀町長 様

申請者 住所

氏名

(申請者が本人以外の場合、続柄)

電話番号

標記助成金の交付を受けたいので、志賀町帯状疱疹予防接種費用助成事業実施要綱第4条の規定により関係書類を添えて申請します。

フリガナ	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ		生 年	年 月 日
被接種者氏名			月 日	(歳)
住 所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒 志賀町 (電話番号)		
ワクチンの種類	接種日		接種費用	上限額
乾燥弱毒生水痘ワクチン	年 月 日		円	3,000円
乾燥組換え帯状疱疹 ワクチン	1回目	年 月 日	円	6,000円
	2回目	年 月 日	円	6,000円
申請額 (請求額)			円	
振込先 (申請者と同一)	金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協		本店・支店 出張所
	預金種別	普通・当座		口座番号
	フリガナ			
	口座名義人			

※必要書類

- 1 接種日及び接種したワクチンの種類が確認できる書類
- 2 予防接種に要した費用の支払を証する書類
- 3 振込口座が確認できる書類（通帳又はキャッシュカードの写し）
- 4 公簿及び町税等納付状況調査に関する同意書（別紙）