

大鰐町带状疱疹予防接種費用助成申請書兼請求書

年 月 日

大鰐町長 殿

（申請者） 住 所 大鰐町大字

フリ ガナ
氏 名

電話番号

次のとおり、予防接種費用の助成を申請及び請求します。

氏 名	☐ 申請者と 同じ		
住 所	☐ 申請者と 同じ		
生年月日	年 月 日（ 歳）		
接種年月日	年 月 日		
負 担 額	円	※助成額	円

※助成額は、大鰐町で記入するため記入しないでください。

振込先

金融機関名		支店名		預 金 別	当 座・普 通
口 座 番 号					
フリガナ					
口 座 名 義					

※振込先の口座名義人は、申請者と同一の方としてください。

【 添付書類 】

- ☐接種した医療機関等の領収書
- ☐予診票の原本又は写し
- ☐振込先の金融機関、支店、預金種別、口座番号、口座名義（カナ）がわかる通帳等の写し