様式第１号（第５条関係）

　　　　年　　月　　日

湯梨浜町帯状疱疹ワクチン予防接種助成金請求書

　湯梨浜町長　　様

　　次のとおり帯状疱疹ワクチン予防接種を受けましたので、接種費用について助成金を請求します。また、助成金の支給決定にあたり、住民登録を調査されることに同意します。

住所

請求者

氏名　　　　　　　　　　　㊞

接種を受けた者との続柄(　　　)

電話番号

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 請求金額 | 円 | | | | |
| 接種実施年月日 | 年　　　月　　　日 | | | 確認欄 |  |
| 接種実施医療機関 |  | | |
| 被接種者 | 住所  (請求者と異なる場合記入) |  | | | |
| (ふりがな) |  | | | |
| 氏名 |  | | | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日(　　)歳 | | | |
| 助成区分(該当する番号に○をしてください) | 全額助成 | | 一部助成 | | |
| 1　生活保護世帯 | | 2　65歳の者  　　3　その他 | | |

* 添付書類

帯状疱疹ワクチン予防接種を受けた医療機関の発行する領収証書（原本）