

様式第2号

大泉町带状疱疹予防接種費用助成金交付申請書兼請求書  
 (带状疱疹ワクチン【シングリックス】)

大泉町長 様 年 月 日  
 申請者 住 所 大泉町  
 氏 名  
 生年月日 年 月 日  
 電話番号

大泉町带状疱疹予防接種費用助成金の交付を受けたいので、下記のとおり申請します。なお、助成金の交付に必要な範囲で、関係職員が私の住民基本台帳や生活保護費等の受給状況の閲覧及び医療機関等にワクチンの接種の事実の確認を行うことに同意します。

記

1 費用免除の有無

2 過去のこの助成金申請の有無

費用免除区分 ※該当の場合は○で囲む	生活保護世帯	有 ・ 無
--------------------	--------	-------

3 申請額 \_\_\_\_\_ 円 ※申請額は記入しないでください。

4 支払額調書

	回数	接種日の満年齢	予防接種費用	助成額(上限)
接種日の年齢が 満50～64歳	1回目	歳	円	5,000円 【生活保護世帯者は予防接種費用の額】
	2回目	歳	円	5,000円 【生活保護世帯者は予防接種費用の額】
接種日の年齢 が満65歳以上	1回目	歳	円	10,000円 【生活保護世帯者は予防接種費用の額】
	2回目	歳	円	10,000円 【生活保護世帯者は予防接種費用の額】

5 助成金の振込先

銀行・金庫 農協・組合	本店・支店 出張所	預金種類	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> その他
金融機関コード	店舗コード	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			

※申請者と口座名義人が異なる場合は、下欄の委任状に記入してください(申請者氏名は、本人が署名するか記名押印してください。)

私は、上記口座名義人に大泉町带状疱疹予防接種費用助成金の受取を委任いたします。

年 月 日 申請者氏名

6 添付書類

- (1) 接種費用の領収書の写し(写真データを含む。)その他の医療機関が発行する申請者が予防接種を受けた事実を確認することができる書類の写し(写真データを含む。)
- (2) その他町長が必要と認める書類