**愛別町帯状疱疹予防接種費用助成申請書**

　　　年　　　月　　　日

　愛別町長　様

申請者住所

申請者氏名

被接種者との続柄

　下記のとおり帯状疱疹予防接種を受けましたので助成金を交付されたく、領収書を添えて申請します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請内容 | 被接種者住所 | □申請者と同じ |
| 被接種者氏名 | □申請者と同じ | 生年月日 | 　　　　年　　月　　日（　　歳） |
| ワクチンの種類 | 生ワクチン　　・　　組換えワクチン |
| 接種年月日及び接種費用額 | １回目 | 年　　月　　日 | 　　　　　　　円 |
| ２回目※組換えワクチンのみ | 年　　月　　日 | 　　　　　　　円 |
| 助成金の振込先 | 金　融機関名 | 　　　　　　　　　銀行　　　　　　　　　信用金庫農協 | 本店・支店本所・支所 |
| 口　座番　号 | 普通・当座 | 口　座名義人 | (ﾌﾘｶﾞﾅ) |
|  |
| ※決定欄 | 課　長 |  | 課　長補　佐 |  | 係　長 |  | 係 |  | 合　議 |  |
| 決定年月日 |  | １．上記申請内容を審査結果、次のとおり助成する。２．次の理由により上記申請を却下する。 |
| 助成決定 | 接種費用額 | 助成決定額 |
| 　　　　　　　　　円 | ※生ワクチン上限額4,000円、組換えワクチン１回につき上限額10,000円　　　　　　円　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 却下理由 |  |

（注）申請者は※欄は記入しないでください。