

垂水市帯状疱疹予防接種助成金償還払い申請書兼請求書

年 月 日

垂水市長 殿

申請者 住 所
氏 名
連 絡 先

垂水市帯状疱疹予防接種助成事業実施要綱第11条の規定により、関係書類を添えて接種費用の助成について申請及び請求します。

1 ワクチンの種類

	<input type="checkbox"/> 生ワクチン	<input type="checkbox"/> 不活化ワクチン	
回 数		<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目
接 種 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
接 種 費 用	円	円	円
申 請 金 額	円	円	円

2 接種情報

接 種 者 氏 名 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ	
生 年 月 日	
接種医療機関名	

3 振込口座情報

金 融 機 関	
支 店 名	
口 座 種 別	1 普通 ・ 2 当座
口 座 番 号	
フリガナ	
口 座 名 義	

※市記入欄

垂水市確認欄（申請手続の確認事項）

- 医療機関発行の領収証の写し
- 本人確認書類の写し
- 接種済証明書の写し
- 振込口座の写し

助 成 決 定 日	年 月 日	支給額	円
-----------	-------	-----	---