

様式第1号（第4条関係）

带状疱疹予防接種費用償還払い申請書兼請求書

被接種者		ふりがな			生年	年	月	日
		氏名			月日			
該当に○をつけて下さい	助成対象区分				自己負担割合			
	① 50歳～64歳まで				①該当 × 5割			
	② 65歳以上				②該当 × 3割			
	③ 50歳以上の生活保護受給者				③該当 0円 (百円未満切り捨て)			
請求額内訳 ※太枠内は 担当課で記入	実施日	接種料金(a)	自己負担額(b)		申請額(a-b)			
			申請合計額					
振込金融機関	金融機関名	銀行 信金 信組 農協			支店名	本店 支店 (所)		
		金融機関コード			記号	※ゆうちょ銀行のみ記載		
	預金種別	普通・当座	口座番号					
	口座名義人	フリガナ						
<p>上記のとおり、予防接種費用の助成金を請求します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>申請者 住所 上土幌町</p> <p style="text-align: right;">氏名 (被接種者との続柄) ④</p> <p style="text-align: right;">電話番号</p> <p>上土幌町長 様</p>								

添付書類

- (1) 医療機関が発行する領収書
- (2) 予防接種を受けたことを証する書類（接種済証又は医療機関の記載があるもの）