

別記

第 1 号様式（第 6 条関係）

長南町帯状疱疹予防接種費用助成金交付申請書

年 月 日

長南町長 様

申請者	住 所	長南町
	氏 名	
	電話番号	

次のとおり、帯状疱疹予防接種費用に係る助成を受けたいので、長南町帯状疱疹予防接種費用の助成に関する要綱第 6 条の規定により申請します。

1 被接種者氏名等

フリガナ 被接種者氏名	※申請者と同一の者とする事		生年月日	年 月 日	
1 回目	接種年月日 年 月 日			接種費用の額	円
	接種医療機関名				
2 回目	接種年月日 年 月 日			接種費用の額	円
	接種医療機関名				
助成申請額 ※接種に要した費用のうち、1，2 回目の合計額を記入する。				円	

2 振込先

金融機関	銀行 ・ 金庫 本店 ・ 支店 組合 ・ 農協 支所			
	種類	普通 ・ 当座	口座番号	
ゆうちょ銀行	ゆうちょ銀行	普通 当座	(店番)3 桁の漢数字	(通帳番号) 7 桁
口座名義人	フリガナ 氏名 ※申請者と同一の者とする事			

3 添付書類☐領収書及び接種を受けたことを証明する書類（原本）

☐振込先金融機関口座情報の分るものの写し