

様式第1号（第4条関係）

上川町带状疱疹予防接種費用助成事業交付申請書

年 月 日

上川町長 様

申請者 住所 上川町

氏名

上川町带状疱疹予防接種費用の助成交付を申請します。

予防接種を受けた方		生年月日	年 月 日 (歳)
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	
接種年月日	年 月 日	1回目	2回目
		年 月 日	年 月 日
接種医療機関名			
接種料金	円		
振込先金融機関	銀行・信金・農協 店・支店・支所		
	口座番号（普通・当座） _____ 口座名義人（フリガナ） _____		

※ 添付書類

1. 予防接種を行った医療機関が発行した領収書（写し可）
2. 予防接種を行った医療機関から予診票を受け取った場合は、その予診票（写し可）

助成額	円 ※記入しないでください
-----	------------------