

別記様式（第5条関係）

三朝町帯状疱疹ワクチン接種費用助成金請求書

年 月 日

三朝町長 様

住 所
請求者 氏 名 印
被接種者との続柄（ ）
電話番号

次のとおり帯状疱疹ワクチン接種を受けましたので、帯状疱疹ワクチン接種費用助成金を請求します。

記

請 求 金 額	円
---------	---

種別（該当するもの全てに○をご記入ください）	委託医療機関外	
	生活保護受給	
予防接種実施日	年 月 日	予防接種医療機関
接種金額	円	
助成金額	円	
被接種者	住 所	
	(ふりがな)	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日 (歳)
生活保護担当者確認印		

備考 添付書類

- (1) 医療機関等の発行する領収書又はその写し
- (2) 帯状疱疹ワクチン接種済証その他の予防接種を受けたことが分かる書類の写し

助成金は、次の口座に振り込んでください。

振込先	金融機関名		支店名	
	預金種別	普通 ・その他 ()	(ふりがな)	
	口座番号		口座名義人	

三朝町会計管理者 様