様式第１号（第５条関係）

御杖村帯状疱疹ワクチン任意予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

年　　月　　日

御杖村長　　　　　　　　　　様

申請者　住　所

氏　名

電話番号

次のとおり、帯状疱疹ワクチン任意予防接種費用に係る助成金の交付を申請します。

１　被接種者氏名等

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 被接種者氏名 |  | （年齢） | 　（　　　 　歳） |
| 内訳 | １回目 | 接種日 | 年　　　月　　　日 |
| 接種費用の額 | 　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 接種医療機関名 |  |
| ２回目 | 接種日 | 年　　　月　　　日 |
| 接種費用の額 | 　　　　　　　　　　　　　 円 |
| 接種医療機関名 |  |
|  | ※助成申請額 | 　　　　　　　　　円 |

※助成金の額は、助成対象経費の2分の1以内の額とし、次項に定める額を上限とする。ただし、100円未満の端数を生じたときは、これを切り捨てるものとする。

(1)　生ワクチンの上限額　5,000円　１回

(2)　不活化ワクチンの上限額　10,000円　２回

２　振込先

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込先 | 金融機関 |  | 銀行・組合信用金庫 | 本店支店・支所 |
| 種別 | 普通・当座 | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |

３　添付書類

1. 接種医療機関発行の領収書
2. 接種した内容が確認できる書類
3. 振込口座のわかるもの（通帳の写し等）