（様式第3号）

|  |
| --- |
| 帯状疱疹ワクチン定期予防接種費助成申請書兼請求書　　　　　金　　　　　円也　　　　　　　　　（金額は記入しないでください） |
| 　　但し、帯状疱疹ワクチン定期予防接種に要した費用として　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日申請者名　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者住所　 　　　　　　　　 接種者名　　　　　　　　　　　　　　　　　接種者住所　 　　　　　　　　 電話番号　（　　　　　－　　　－　　　　　）年齢　　　満　　　才接種日　　　　　　年　　　月　　　日 |
|   | 接種医療機関名 |  |  |
| 　　下記の金融機関に振り込んでください。 |
| 　 | 支払機関名 | 預金種別 | 口座番号 |  |
| 銀行農協信金 | 支店 | 普通 ・ 当座 ・ その他 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| 店番 | フリガナ |  |
|  |  |  | 口座名義人 |  |
|  提出先　〒633-1302 奈良県宇陀郡御杖村大字菅野1581番地　　　　　御杖村保健福祉課（0745-95-2828） 提出期限　　　　年　３月末日 |

|  |
| --- |
|  必要書類の確認下記のうちで接種が確認できるもの　　　　　　　　　　 　　　　　　　　□接種済み証　　　　　　　　　　　　　確認サイン（職員） |
| 　　　□予診票 |  |  |
|  　　 □帯状疱疹分とわかる領収書 |