（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 | | |