

第1号様式（第5条関係）

開成町帯状疱疹予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

開成町長 様

申請者 住 所 _____

氏 名 _____ (被接種者との続柄: _____)

電話番号 _____

開成町帯状疱疹予防接種費用助成金交付要綱第5条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

1. 助成対象者（被接種者）

住所	(□申請者と同じ)		
氏名	(□申請者と同じ)	生年月日	年 月 日 (歳)
種類	乾燥弱毒生水痘ワクチン (生ワクチン)	乾燥組換え帯状疱疹ワクチン (不活化ワクチン)	
		1回目	2回目
接種日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
接種費用	円	円	円
助成額	3,000円	8,000円	8,000円
助成金の申請額（合計額）		円	

※助成対象となる予防接種は、1人につき生ワクチンまたは不活化ワクチンいずれか一方のみです。

2. 助成金の振込口座（※申請者と同一名義の口座に限ります。）

金融機関名	銀行 農協 信用金庫 労働金庫	本店 支店 出張所
預金種別	普通・当座	口座番号
(フリガナ)		
口座名義人		

【添付書類】

1. 接種日及び接種したワクチンの種類が確認できる書類の写し
2. 予防接種に要した費用に係る領収書（原本）
3. 助成金の振込先金融機関の通帳等の写し（金融機関、口座番号、口座名義人が確認可能な部分）
4. 本人確認書類（運転免許証、保険証、マイナンバーカード等）