

様式第1号(第4条関係)

年 月 日

阿蘇市長 様

申請者住所

申請者氏名

電話番号

阿蘇市帯状疱疹予防接種費助成金交付申請書兼請求書

阿蘇市帯状疱疹予防接種費助成金交付要綱第4条第1項の規定により、以下のとおり助成金の交付を申請します。

被 接 種 者	フリガナ									
	氏名									
	生年月日	(	年	月	日	)	歳)			
振 込 先	金融機関名		口座番 号							
	本支店名		口座名義 ※申請者名義 (カタカナで記入)							
	口座種別	普通 ・ 当座								

※ここから下は記入しないでください。

確 認	予防接種名	帯状疱疹予防接種
	接種ワクチン名	・水痘ワクチン

	・帯状疱疹ワクチン	
接種年月日	1回目	年 月 日
	2回目※帯状疱疹ワクチンのみ	年 月 日
接種医療機関名		
助成額	円	

- (注)
- 1 医療機関が発行する予防接種を受けたことを証明する書類
  - 2 予防接種に要した費用が確認できる書類(領収書等)を添付してください。
  - 3 振込先の口座が確認できるものの写し(コピー)
  - 4 申請できる期間は、予防接種を受けた日が属する年度末日です。