

国東市帯状疱疹予防接種費用助成申請兼請求書

年 月 日

国 東 市 長 様

申請者 住 所 国東市

氏 名 ㊞

帯状疱疹予防接種の助成を申請し、必要書類を添えて、下記の金額を請求します。助成金額は下記の口座に振り込んでください。

※ 申請内容の確認にあたり、国東市長が住民基本台帳等を閲覧すること、また、確認が必要な場合は、医療機関に問い合わせることに同意します。

予防接種費用.....円（助成額 上限5,000円）

請求合計金額.....円

ふりがな	
対象者名 (接種者)	
生年月日	年 月 日
電話番号	

振込先口座

金融機関名		支店名	
貯金種別		口座番号	
ふりがな			
口座名義人			

備考)

- 1 必要書類：帯状疱疹予防接種領収書、振込み口座通帳の写し
- 2 生活保護世帯の方へは、予防接種費用の全額を助成します。