

様式第1号（第5条関係）

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
氏名

印

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。

請求合計金額 円

(内訳)

種 類	助成限度額 (1回につき)	接種回数		計
		1回目	2回目	
水痘ワクチン (生ワクチン)	5,000 円			円
帯状疱疹ワクチン (不活化ワクチン)	10,000 円			円

※請求する予防接種の回数に○をつけてください

※請求金額は接種に要した費用と助成限度額のどちらか少ない方を記入してください。

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。