

様式第3号（第8条関係）

花巻市帯状疱疹予防接種費用助成金交付申請書

年 月 日

花巻市長 様

申請者

住所

氏名

対象者との続柄

電話番号

花巻市帯状疱疹予防接種費用助成金の交付を受けたいので、花巻市帯状疱疹予防接種費用助成事業実施要綱第8条の規定に基づき、関係書類を添えて、次のとおり申請します。

対象者氏名 (生年月日)	(年 月 日)			
住 所	花巻市			
接種 状況	ワクチン	生ワクチン・不活化ワクチン	支払金額	助成額（申請金額）
	1回目	年 月 日	円	円
	2回目	年 月 日	円	円
	合 計		円	円
	医療機関の名称			
	医療機関所在地			

振込先

銀行・信金	本店	普通・当座	口座番号
農協・労金	支店		
口座名義人	(フリガナ)		

添付書類

- ・ 予防接種を受けた日及び接種したワクチンの種類を確認できるものの写し
- ・ 医療機関が発行した予防接種に係る領収書の写し