

近江八幡市長 宛

(申請者)
住所 〒

氏名

近江八幡市帯状疱疹予防接種費用助成金交付申請書

近江八幡市帯状疱疹予防接種費用助成金の交付について、近江八幡市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、次のとおり申請します。

助成対象者	氏 名			
	住 所			
	生 年 月 日 (年 齡)	年 月 日 (歳)	電話番号	
接種状況 ※助成対象は、 いずれか一方 の種類のみと なります。	種 類	ビケン	シングリックス (※)	
			1回目	2回目
	接 種 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	接種医療機関名			
	接 種 費 用	円	円	円
助 成 金 の 額	円	円	円	
※ 助成対象となるのは1回目接種から2回目の接種までの間隔が2月以上6月後までの場合です。ただし、免疫不全等があり、帯状疱疹罹患のリスクが高い方については、接種間隔が1月以上6月後までの場合であっても助成対象とします。				
助成申請額	円			

私が受領する帯状疱疹予防接種費用助成については、下記の口座へ振込んでください。

振 込 先	金融機関名	銀 行		本店		1 普通	
		信用金庫		出張所		2 当座	
		農 協		支店			
				代理店			
	口座番号						口座番号は 右詰記入
	フリガナ						
	口座名義人						

添付書類

- 接種した医療機関の領収書（対象者名、接種日、予防接種名、接種費用及び医療機関名が記載されたもの）
- ※シングリックスの費用助成を申請する場合は、1回目及び2回目の領収書が必要です。
- 接種者本人の振込先金融機関の口座が確認できるもの（通帳又はキャッシュカード）の写し
- 接種者本人が確認できるもの（マイナンバーカードなど）の写し