様式第１号（第５条関係）

大衡村帯状疱疹予防接種費用助成金交付申請書

年　　月　　日

大衡村長　　　　　　　　殿

申請者　住所：大衡村

　　　　　　氏名：　　　　　　　　　　　　　　印

　※申請者自署の場合は押印不要

　　　　　　　　　　　　　（電話番号：　　　　　　　　　　）

　大衡村帯状疱疹予防接種費用助成事業実施要綱第５条の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 接種ワクチン | | □　乾燥弱毒生水痘ワクチン（生ワクチン）  □　乾燥組換え帯状疱疹ワクチン（不活化ワクチン） | | | | | | | | | | | |
| １回目 | 接種日 | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | |
| 接種費用  (A) | 円 | | 他での助成金額  (B) | | | | | 円 | | | | |
| 助成申請額  (A)-(B)=(C)※ | 円 | | | | | ※上限額  生ワクチン：4,000円  不活化ワクチン：10,000円 | | | | | | |
| ２回目  （不活化ワクチンのみ） | 接種日 | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | |
| 接種費用  (D) | 円 | | | 他での助成金額  (E) | | | | | 円 | | | |
| 助成申請額  (D)-(E)=(F)※ | 円 | | | | | ※上限額  不活化ワクチン：10,000円 | | | | | | |
| 助成申請額合計  （C+F） | | 円 | | | | | | | | | | | |
| 受取口座 | | □　公金受取口座を利用する（□水道料□住民税等□児童手当等）  ※当該口座の確認について、税部局等に照会することを承諾します。  □　振込口座を指定する（下記） | | | | | | | | | | | |
| 振込先 | （フリガナ）  口座名義人 | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| 金融機関名 | 銀行　信金  農協　信組  労金 | | | | | 本店  支店  出張所 | | | | | | |
| 口座種別  ・口座番号 | 普通　当座 |  | | |  |  |  | | |  |  |  |

※添付資料

　１　帯状疱疹予防接種であることが明記された医療機関等発行の領収書

　２　希望する振込先口座の通帳の写し（公金受取口座の場合は不要）

　３　本人確認書類の写し