

様式第1号（第5条関係）

猪名川町带状疱疹予防接種費用助成申請書兼請求書

年 月 日

猪名川町長 様

申請者 住 所 _____
名 前 _____ (印)
電話番号 _____
被接種者との続柄 _____

猪名川町带状疱疹予防接種費用助成事業第5条の規定に基づき、下記のとおり申請及び請求します。

記

(ふりがな) 被接種者の名前				
生年月日	年 月 日 (才)			
住 所				
ワクチンの種類	1 乾燥弱毒生水痘ワクチン 2 乾燥組換え带状疱疹ワクチン			
接種日	年 月 日			
予防接種を受けた医療機関	住 所			
	医療機関名			
申請額及び請求額	金 _____ 円			
振 込 先 口 座	金融機関名	銀行・金庫 農協	本店・支店 出張所	
	預金種別	普通 当座	(フリガナ) 口座名義人	
		口座番号		

上記口座に振り込むことに同意します。

申請者氏名 _____ (印)