別記様式第１号（第５条関係）

山江村帯状疱疹予防接種費用助成金交付申請書

年　　　月　　　日

山江村長　　様

申請者　　住　　所

　　　　　氏　　名

　　　　　電話番号

山江村帯状疱疹予防接種事業実施要項に基づき、助成を受けたいので申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 助成金申請額 | 　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| フリガナ |  | 生年月日 | 　　年　　月　　日 |
| 被接種者氏名 |  |
| 住所 |  |
| 接種日 | かかった費用 | 助成金額 |
| 　　　年　　月　　日 | 円 | 円 |
| 　　　年　　月　　日 | 円 | 円 |

【医療機関証明欄】※医師の証明をもらってください

|  |
| --- |
| ※帯状疱疹ワクチンの接種を行うことが望ましいため、接種を推奨する。証明日：　　　年　　　月　　　日医療機関住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　　　 |

【振込先】

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名 | 銀行　　　　　　　　　　　支店信用金庫　　　　　　　　　支店　　　　　　　農業協同組合　　　　　　　支所 |
| フリガナ |  | 被接種者との続柄 |  |
| 被接種者氏名 |  |
| 預金種別 | 普通　・　当座 | 口座番号 |  |

注意事項　　1　申請時に予防接種の領収書（領収印があるもの）を添付してください。

2　申請は、接種が行われた日の属する年度の3月31日までです。

【山江村記入欄】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 助成金審査 | 可　・　否 | 助成金交付決定額 | 円 |