

愛川町带状疱疹ワクチン接種費用助成金償還給付申請書

愛 川 町 長 殿

愛川町带状疱疹ワクチン接種費用助成要綱第10条の規定により、助成を受けたいので、下記書類を添付のうえ申請します。

被 接 種 者	住 所			
	氏 名		生年月日	年 月 日
	電話番号			男 ・ 女
接 種 状 況	申 請 理 由	☐ 疾病等により、入院及び通院している医療機関が 委託外医療機関である者 ☐ 介護老人保健施設、介護療養型医療施設に入所中の者 ☐ その他町長が特に必要と認めた者		
	接 種 日	年 月 日		
	使用ワクチン	☐ 生ワクチン ☐ 不活化ワクチン1回目 ☐ 不活化ワクチン2回目		
	接種医療機関			
予防接種費用額		円		

添付書類

☐ 領収書（医療機関が発行するもので带状疱疹ワクチン接種費用がわかるもの）

同意欄	助成金の交付決定にあたり、町職員が住民基本台帳を確認すること、また、領収書の内容について医療機関に確認することに同意します。 氏名
-----	---

※被接種者（請求者）以外の口座に振り込みを希望する場合は、下記の委任状に記入してください。

委 任 状

私は、本件にかかる助成の受領を下記の者に委任します。

年 月 日

委任をする者（請求者）氏 名.....印
委任を受ける者 住 所.....
氏 名.....