様式第１号（第５条関係）

**湯沢町帯状疱疹予防接種費用助成申請書**

年　　　月　　　日

（あて先）

　湯沢町長

住　　所　〒

申請者　　　　　　湯沢町

氏　　名

（自署又は記名押印）

電話番号

　帯状疱疹予防接種を受けましたので、湯沢町帯状疱疹予防接種費用助成事業実施要綱第５条第１項の規定により関係書類を添えて助成金の交付を申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 接種した者 | 住所 | 〒湯沢町 |
| （フリガナ） |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 （　　　　歳） |
| 接種状況 | 予防接種名（〇で囲む） | (1) 生ワクチン　　　(2) 不活化ワクチン |
| 接種医療機関 |  |
| 接種日 | １回目 | 年　　　　　月　　　　　日 |
| ２回目 | 年　　　　　月　　　　　日 |
| 申請額 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 振込先 | 金融機関名 |  | 本支店名 |  |
| 預金種別 | 普通　・　当座 | 口座番号 |  |
| （フリガナ） |  |
| 口座名義 |  |

【添付書類】

・診療明細書その他の接種した予防接種の種類を証明する書類

・領収書の写し