

湯沢町带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
 電話番号

带状疱疹予防接種を受けましたので、湯沢町带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 (○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 <small>※上記(1)を接種した場合は、1回2,000円が上限。 上記(2)を接種した場合は、1回5,000円で2回（合計10,000円）が上限。</small>			
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