

立山町帯状疱疹任意予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

立山町長

標記について、次のとおり関係書類を添えて申請します。

申請者 (被接種者)	フリガナ		生年月日	年 月 日	
	氏名		年月日	年 月 日	
	現住所	〒			
	電話番号				
	ワクチンの種類				
	予防接種を受けた年月日	※申請分のみ記載 年 月 日			
	実費負担額	※申請分のみ記載 円	申請額兼 請求額	※上限5,000円 円	
	接種医療機関	名称			
住所					
TEL					

申請者（被接種者）が受領する助成金について、下記指定口座への振込を依頼します。

振込先口座	金融機関名	銀行							本店
		信用金庫							支店
	農協							支所	
	金融機関コード					支店番号			
	預金種別	普通 ・ 当座							
	口座番号								
フリガナ									
口座名義人									

裏面の【誓約・同意事項】もご記入ください。

【誓約・同意事項】 ※該当する項目に☑又は回数をご記入ください。

この申請に係る住民基本台帳及び医療機関等における情報について、立山町が必要と認めるときは調査を行うことに同意しますか。	☐はい ☐いいえ
これまで立山町带状疱疹任意予防接種費用助成金の交付を受けたことがありますか。この助成金の交付を受けたことがある場合は、回数をご記入ください。 ※水痘ワクチン1回又は带状疱疹ワクチン2回の交付を受けている場合、この助成金の交付対象とはなりません。	☐はい ☐いいえ 水痘ワクチン _____回 带状疱疹ワクチン _____回
申請内容に偽りや相違があり交付要件に該当しなかった場合、交付済みの助成金を返還することに同意しますか。	☐はい ☐いいえ

【提出書類】

- ☐接種費用の支払いを証明する書類（領収書等）※原本に限ります。
- ☐振込希望先金融機関の通帳の写し（口座番号等確認用）