

白浜町長 様

申請者 住 所

氏 名

㊞

電話番号

带状疱疹予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

白浜町带状疱疹予防接種費用助成金の交付を受けたいので、白浜町带状疱疹予防接種費用助成事業実施要綱第4条の規定に基づき、関係書類を添えて下記のとおり申請及び請求します。

記

接種者 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ	住 所	白浜町
	氏 名	申請者との続柄（ ）
	生年月日	年 月 日

接種日	接種費用（A）	助成額（B）	申請額 (AとBのいずれか少ない額)
年 月 日	円	4,000円	円

振込先	銀行等	銀行（農協・金庫）		本店・支店	
		普通・当座・貯蓄・その他（ ）			
		口座番号			
	ゆうちょ銀行	記号	番号		
口座名義人 (申請者と同一)					

注1 関係書類

・接種費用に係る医療機関の領収書の原本（接種者の氏名が記載されたもので、接種した日及び予防接種の種類がわかるもの）

注2 申請額は、接種費用（助成対象者が予防接種に実際に支出した額）と、白浜町助成額のいずれか少ない額となります。

注3 ゆうちょ銀行への振込みは、総合口座の通常貯金のみ可能です。通常貯蓄貯金への振込みは、できません。