

様式第 1 号（第 4 条関係）

大井町帯状疱疹予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

大井町長 様

大井町帯状疱疹予防接種費用助成事業実施要綱第 4 条の規定に基づき助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請及び請求をします。なお申請を行うにあたり、裏面の同意事項に同意します。

申請者 (被接種者)	フリガナ			
	氏名			
	住所	大井町		
	電話番号	- -		
	生年月日	大正・昭和 年 月 日		
ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> 生ワクチン（ビケン） <input type="checkbox"/> 不活化ワクチン（シングリックス）			
接種年月日 及び接種費用	1 回目	年 月 日	円	
	2 回目 (不活化のみ)	年 月 日	円	
請求金額	円 生ワクチンは 2,000 円（1 回限り） 不活化ワクチンは 8,000 円（2 回まで）			
実施医療機関	名称			
	住所			
振込先口座	金融機関名	銀行・金庫・農協		
	本・支店名	本店・支店		
	口座種別	普通・当座		
	口座番号 (右詰めで記入)			
	(フリガナ)			
	口座名義人			

裏面もご確認ください

【添付書類】 提出前にチェックしてください。

- 予防接種に要した費用の支払いを証明する医療機関等が発行した書類
- 予防接種を受けたことを証明する医療機関等が発行した書類
- 助成金の振込先の通帳の写し
- 申請者の身分証明書の写し

＜同意事項＞

1. 交付資格の確認及び審査にあたり、町が住民基本台帳等を閲覧することに同意します。
2. 申請書の不備について、町が定める期間までに申請者に連絡・確認が取れない場合や、必要書類が提出されなかった場合は、当該申請が取り下げられたものとみなされることに同意します。
3. 申請内容に偽りがあった場合や、相違があり交付要件に該当しないことが判明した場合は、交付済の助成金を返還します。