

高齢者帯状疱疹予防接種償還払申請書

南部町長 殿

令和 年 月 日

〒

住所

(申請者)

氏名

電話番号

南部町高齢者帯状疱疹予防接種実施要綱第13条の規定により、下記のとおり申請します。
この申請に必要な住民基本台帳に関する情報について、南部町が調査することに同意します。

予防接種を受けた方	住所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ 南部町大字				
	フリガナ					
	氏名					
	生年月日	明治 大正 昭和	年	月	日生 (歳)	性別 男 ・ 女
接種機関名						
接種日		A 接種料	B 自己負担金	① (A-B)	②助成上限額	助成決定額 (①と②のいずれか少ない額)
1回目	令和 年 月 日					
2回目	令和 年 月 日					
振込先 (保護者名義に限る)	金融機関名	銀行 ・ 信用組合 農協 ・ 信用金庫	支店名		支店 ・ 本店	
	口座種別	普通 ・ 当座	口座番号			
	口座名義	(フリガナ)				
添付書類	① 医療機関発行の帯状疱疹予防接種の領収書 (原本) ② 帯状疱疹予防接種日が記載された予防接種予診票の写し ③ 振込先金融機関名・支店名、口座番号が分かる通帳の写し (接種者本人名義に限る) ④ 生活保護受給者の方は医療受給者証等の写し					

※ 申請者は、太枠以外の部分をご記入ください。

助成決定額合計

※ 金融機関の支店名が変わった場合、変更後の支店名を記入ください。