

様式第1号 (第4条関係)

六ヶ所村带状疱疹ワクチン接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

六ヶ所村長 様

申請者氏名 印

六ヶ所村带状疱疹ワクチン接種助成事業実施要綱第4条第1項の規定により
下記のとおり助成金の交付を申請します。

記

対象者	フリガナ	生年月日 年 月 日	
	氏名	年齢 歳	
住所	住所：六ヶ所村大字 字 (アパート等名称：)		
電話番号	【自宅】 —	【携帯電話】	
接種回数	予防接種を受けた 医療機関の名称	対象経費	助成金申請額 (1/2)
第1回目		円	円
第2回目		円	円
次のいずれかに✓をしてください。 <input type="checkbox"/> 村以外の者から予防接種に対し助成金等の交付を受けている。 (交付を受けた助成金等の額 円) <input type="checkbox"/> 村以外の者から予防接種に対し助成金等の交付を受けていない。			
助成金請求額		円	

(裏面も記載してください。)

【助成金振込先口座】

金融機関名		銀行・信用組合						
		本店・支店・支所						
預金種別	普通 ・ 当座	口座番号						
口座名義人	フリガナ 漢 字							

【添付書類】

- (1) 医療機関等が発行する予防接種を受けたことを証明する書類
- (2) 予防接種に要した費用が確認できる書類 (領収書等)
- (3) 振込先の口座が確認できる書類
- (4) 村以外の者から助成金等を受けている場合は、当該助成金等の交付及びその額が確認できる書類

【村記入欄】

上記申請に基づく助成金決定額	所 長	事務長	担当者	受付者
	円			