

様式第1号（第4条関係）

六ヶ所村任意予防接種費用助成申請書兼請求書

年 月 日

六ヶ所村長 様

申請者 住所
 (請求者) 氏名 印 (接種者との関係)

六ヶ所村任意予防接種費用助成事業実施要綱第4条の規程により、下記のとおり申請及び請求します。

接種者氏名	フリガナ:		生年月日		
			年 月 日 (歳)		
住所	六ヶ所村大字				
電話番号					
任意予防接種名	带状疱疹ワクチン				
次に該当する場合は✓をしてください。					
□村以外の者から当該予防接種に対し助成金等の交付を受けている。(交付済み助成金等の額 円)					
回数	接種年月日	接種日 年齢	医療機関名	医療機関で 支払った額	申請額 (別表の助成額)
第 回目	年 月 日			円	円
第 回目	年 月 日			円	円
第 回目	年 月 日			円	円
申請額合計					円
振 込 先	金融機関名	銀行・組合・信用金庫			本店・支店
	預金種別	普通・当座	口座番号		
	口座名義人	フリガナ:			

- 【添付書類】・任意予防接種に要した費用が確認できる書類（予防接種名がわかる領収書等）
 ・任意予防接種を受けたことを証明する書類（母子健康手帳、接種済証等）
 ・振込先口座が確認できる書類

【村記入欄】

上記申請に基づく助成決定額 円	所長	事務長	担当者	申請受付者