

様式第 1 号（第 4 条関係）

東伊豆町帯状疱疹ワクチン予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

東伊豆町長 様

住所
申請者 氏名
電話番号

次のとおり帯状疱疹ワクチンの予防接種を実施したので、東伊豆町帯状疱疹ワクチン接種助成事業実施要綱第 4 条の規定により関係書類を添えて申請します。

接種を受けた者の住所	東伊豆町		
接種を受けた者の氏名		生年月日	年 月 日（ 歳）
接 種 日	年 月 日		
申 請 額	円		

振込先金融機関名	銀行 本店 農協 支店 信用金庫 支所 信用組合 出張所							
口 座 番 号	普通・当座							
フリガナ								
口 座 名 義 人								

※ 接種医療機関が発行する接種費用の領収書（「接種者名」及び「ワクチン名」が明記されているもの）及び予防接種済証の写しを添付してください。

【町確認欄】

助成対象区分	50 歳以上の者	助成額	円
添付書類	領収書・予防接種済証の写し		