

带状疱疹予防接種料金助成申請書兼請求書

朝倉市長

今回接種した带状疱疹予防接種は、任意の予防接種であることを理解したうえで、朝倉市带状疱疹予防接種料金の助成に関する要綱第5条の規定により、次のとおり助成の申請及び請求をします。なお、助成を受けるに当たり、私の世帯の住民記録の調査に同意します。

令和〇年〇月〇日
申請者 住所 朝倉市〇〇 〇〇-〇
氏名 朝倉 花子 印
続柄（ 本人 ）

※太枠の中を記入してください。

被接種者 (受けた人)	(フリガナ)	アサクラ ハナコ	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇
	名前	朝倉 花子 印		朝倉市〇〇 〇〇-〇
	生年月日	昭和 〇〇年 〇月 〇日 (〇〇歳)		電話番号 〇〇-〇〇〇〇
接種日	令和〇年〇月〇日			
請求額	〇〇〇〇 円 ※生ワクチン（ビケン）3,000円。ただし、接種料金が3,000円未満の場合は、接種料金額。不活化ワクチン（シングルックス）は10,000円。ただし、接種料金が10,000円未満の場合は、接種料金額。			
振込先金融機関	銀行 〇〇 農協 〇〇 信用金庫 〇〇 信用組合	本店 〇〇 支店 出張所 営業部	預金種別	普通・当座
	(フリガナ)	アサクラ ハナコ	口座番号	〇〇〇〇〇〇
	口座名義人	朝倉 花子		

带状疱疹予防接種料金領収証明					
1 回目	接種日	令和 〇年 〇月 〇日	2 回目	接種日	年 月 日
	予防接種料金	〇〇〇〇円		予防接種料金	円
	接種ワクチン名	水痘ワクチン（ビケン）		接種ワクチン名	
上記の带状疱疹予防接種料金は、領収済みであることを証明する。 月 日			上記の带状疱疹予防接種料金は、領収済みであることを証明する。 年 月 日		
【医療機関】			【医療機関】		
所在地	〇〇〇〇番地〇〇		所在地		
名称	〇〇〇〇クリニック		名称		
代表者	〇〇 〇〇 印		代表者	印	

※予防接種終了後、医療機関で記入してもらってください。

(添付書類)

- ・上記、带状疱疹予防接種料金領収証明欄の医療機関の証明、もしくは、接種した医療機関が発行した領収書の原本又は写し（予防接種の種類や接種日、接種料金額が明記されたもの）
- ・その他、市長が必要と認める書類
- ・振込先の口座名義が被接種者と異なる場合は委任状が必要です。