

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。

年 月 日

申請者 住所

氏名

印

※太枠の中を記入してください。

続柄（ ）

| | | | | | |
|----------------|--------------------------|---------------|------------------------|------|-------------------|
| 被接種者 (受けた人) | (フリガナ) | | 住所 | 〒 ー | |
| | 名前 | | | 朝倉市 | |
| | 生年月日 | 年 月 日 (歳) | | 電話番号 | |
| 接種日 | | | | | |
| 請求額 | | 円 | | | |
| 振込先金融機関 | 銀行 農協 信用金庫 信用組合 | | 本店 支店 出張所 営業部 | | 預金種別 普通・当座 |
| | (フリガナ) | | | | 口座番号 |
| | | 口座名義人 | | | |

| 带状疱疹予防接種料金領収証明 | | | | | |
|---|---------|-------|---|---------|-------|
| 1 回目 | 接種日 | 年 月 日 | 2 回目 | 接種日 | 年 月 日 |
| | 予防接種料金 | 円 | | 予防接種料金 | 円 |
| | 接種ワクチン名 | | | 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。 年 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 | | | 所在地 | | |
| 名称 | | | 名称 | | |
| 代表者 | | | 代表者 | | |
| | | | 印 | | |
| | | | 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。