

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		

※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。