様式第２号(第７条関係)

愛南町帯状疱疹予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

年　　月　　日

愛南町長　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　郵便番号

住　　所

氏　　名　　　　　　　　　　　　㊞

電話番号

　帯状疱疹予防接種費用に係る助成金の交付を受けたいので、愛南町帯状疱疹予防接種費用助成事業実施要綱第７条第２項の規定により関係書類を添えて次のとおり申請(請求)します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 予防接種を受けた者 | 氏　　名 | 接　種　日 | 自己負担額 | 助成額 | 助成申請額※ |
| 生年月日 |
|  | 年 　 月 　 日年 　月 　 日 | 円円 | 円円 | 円円 |
| 年　　月　　日 |
|  | 年 　 月 　 日年 　月 　 日 | 円円 | 円円 | 円円 |
| 年　　月　　日 |
| 助成金申請(請求)額 | (金額合計)　　　　　　　 　　　　　円 |
| 振込先 | 金融機関名 | 　　　　　　　　　　　銀行　　　　　　　　　　支店　　　　　　　　　　　　農協　　　　　　　　　　支所　 |
| 預金種別 | 普通・当座 | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義人(カタカナ) |  |

※助成申請額は、自己負担額と助成額を比較し、いずれか少ない方の額となります。

添付書類　(１)　予防接種を受けた者の氏名が記載された領収書

(２)　接種事実を確認できる書類(上記の領収書により接種が確認できる場合は、省略可)

**記入例**

様式第２号(第７条関係)

**申請日を記入する。**

愛南町帯状疱疹予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

●年　●月　●日

愛南町長　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　 郵便番号　798-4131

住　　所　愛南町城辺甲2487

医療機関が発行した領収書で確認しながら、予防接種を受けた方の氏名、生年月日、接種日、自己負担額を記入する。

**押印忘れず！**

氏　　名　愛南　太郎　　　　　　　　　　　㊞

電話番号　72-1212

　帯状疱疹予防接種費用に係る助成金の交付を受けたいので、愛南町帯状疱疹予防接種費用助成事業実施要綱第７条第２項の規定により関係書類を添えて次のとおり申請(請求)します。

★☆医療機関が発行した領収書の原本を必ず添付してください☆★

（予防接種名、接種日、接種料金が明記されたものに限る）

※ご家族でまとめて申請してください。（同一世帯の場合）

※振り込みをもって交付決定とさせていただきます。

**※接種日から６か月以内に申請をお願いします。**

申請に関するお問い合わせ：　役場　保健福祉課（72-1212）

城辺保健福祉センター（７3-7400）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 予防接種を受けた者 | 氏　　名 | 接　種　日 | 自己負担額 | 助成額 | 助成申請額※ |
| 生年月日 |
| 愛南　太郎 | R5年 10月 15日R６年 2月 15日 | 22,000円22,000円 | 円円 | 円円 |
| S30年 ５月 ５日 |
| 愛南　花子 | R5年 10月 15日年 　月 　 日 | 8,000円円 | 円円 | 円円 |
| S30年 ５月30日 |
| 助成金申請(請求)額 | (金額合計)　　　　　　　 　　　　　　　　　円 |
| 振込先 | 金融機関名 | 　　　　　　　　　　　銀行　　　　　　　　　　支店　えひめ南南宇和　　　　　　　　　　　農協　　　　　　　　　　支所　 |
| 預金種別 | 普通・当座 | 口座番号 | １アイナン　タロウ | ２ | ３ | ４ | ５ | ６ | ７ |
| 口座名義人(カタカナ) |  |

※助成申請額は、自己負担額と助成額を比較し、いずれか少ない方の額となります。

添付書類　(１)　予防接種を受けた者の氏名が記載された領収書

(２)　接種事実を確認できる書類(上記の領収書により接種が確認できる場合は、