

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

印

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	円	円	円			
	年 月 日	年 月 日	円	円	円			
		年 月 日	円	円	円			
	年 月 日	年 月 日	円	円	円			
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)

愛南町带状疱疹予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

申請日を記入する。

●年 ●月 ●日

愛南町長 様

郵便番号 798-4131

住所 愛南町城辺甲2487

氏名 愛南 太郎

電話番号 72-1212



押印忘れず！

带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、愛南町带状疱疹予防接種費用助成金交付申請書兼請求書の各項目の指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。

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				
予防接種を受けた者	愛南 太郎	R5年 10月 15日	22,000円	円	円
	S30年 5月 5日	R6年 2月 15日	22,000円	円	円
	愛南 花子	R5年 10月 15日	8,000円	円	円
	S30年 5月 30日	年 月 日	円	円	円
助成金申請(請求)額		(金額合計)	円		
振込先	金融機関名	えひめ南 銀行 農協		南宇和 支店 支所	
	預金種別	普通・当座	口座番号	1 2 3 4 5 6 7	
	口座名義人 (カタカナ)	アイナン タロウ			

★☆☆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)