

五戸町带状疱疹ワクチン定期予防接種費用助成金償還払申請書兼請求書

年 月 日

五戸町長 様

被接種者（申請者） 住 所

氏 名 印
（被接種者との続柄）
電話番号

下記のとおり五戸町带状疱疹ワクチン定期予防接種費用助成金を請求します。
助成金償還払交付決定のため、五戸町が保有する個人情報を閲覧すること及び医療機関に問合せをすることに同意します。

記

通知先 住 所 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ		〒 電話（ ） -		生年月日	明治 大正 年 月 日 昭和
予防接種を受けた 医療機関				接種年月日	令和 年 月 日
請 求 額		円（A）と（B）のいずれか少ない額			
		助成上限額（A）		接種費用－控除額（B）	
		円		円	
振 込 先	金融機関名	銀行 金庫 農協	店 名	本 店 支 店 出張所	
	預 金 種 別	普通 ・ 当座		フ リ ガ ナ	
	口 座 番 号			口 座 名 義 人	

- 【添付書類】 1 予防接種の費用及びその内容がわかるもの（領収書及び明細書、又はその両方）
2 五戸町带状疱疹ワクチン定期予防接種予診票の原本又はその写し
4 申請者名義の振込先通帳の写し（金融機関・支店名・口座名義人・口座番号がわかる箇所の写し）