様式第4号（第8条関係）

勝央町帯状疱疹任意予防接種費用助成申請書兼請求書

 　　 年 　　 月 　　日

 勝央町長 様

予防接種費助成について、次のとおり請求いたします。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者（請求者）　住所　勝央町

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被接種者 | フ リ ガ ナ | □申請者と同じ  |   | 生年月日  | 年　 月 　 日  |
| 氏 名  |   |
| 現 住 所  | □申請者と同じ  | 〒  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 　振　込　先 | 金融機関名支店名※金融機関名及び本支店名等を記入 | 口　　座　　種　　別 | 普 通　・　当 座 |
| 記号（ゆうちょ銀行の場合） |  |  |  |  |  | － |
| 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |

申請者氏名と異なる名義の口座に振り込みを希望される場合、下欄に記入をお願いします。

※委任状

私は、上記口座名義人に接種費用の受領に関する一切の権限を委任します。

 　年 　 月 　 日

 　　　　　　　　　　　　　　申請者氏名

□①接種費用の支払を証明する書類（領収書及び明細書、支払証明書等）※原本に限ります。

**※太枠内には記入しないでください。**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 接種日 | ワクチンの種類 | 助成限度額Ａ | 接種料金Ｂ | 請求額（ＡとＢのうち少ない額） | 接種医療機関名 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 合計金額 |  |  |  |  |

　　注意　（１）　被接種者は、接種日において50歳以上の勝央町在住の方に限ります。

　　　 （２）　接種医療機関の接種費用の支払を証明する書類（領収書及び明細書、支払証明書等）を添付してください。

　　　　 （３）　予防接種を受けた日から1年以内に申請してください。