

様式第1号（第4条関係）

松崎町帯状疱疹ワクチン接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

松崎町長 様

申請者 住 所  
氏 名  
電話番号

松崎町帯状疱疹ワクチン接種費用助成事業実施要綱第4条の規定により、  
次のとおり申請します。

対象者氏名	生年月日		年 月 日	
	接種日年齢		歳	
住 所				
医療機関名				
申 請 額	<input type="checkbox"/> 生ワクチン		4,000円×(1回目)	円
	<input type="checkbox"/> 不活化ワクチン		4,000円×(1回目・2回目)	円
口座振込先	金融機関名	銀行		本店
		金庫		支店
	農協		出張所	
	口座種別	普通・当座	ふりがな	
	口座番号		口座名義人	
備 考				

添付書類：領収書及び当該ワクチンの接種を受けたことがわかる書類の写し