

第1号様式（第5条関係）

令和 年 月 日

弥富市長 殿

住 所

申請者 氏 名

被接種者との続柄（ ）

電話番号

弥富市帯状疱疹予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

下記のとおり、弥富市帯状疱疹予防接種費用の助成を受けたいので申請します。なお、決定の上は、下記の振込先に振り込んでください。

助成金額 金 円

被接種者	住 所	弥富市		
	氏 名			
	生年月日	年 月 日（満 歳）		
接種状況	接種実施年月日	令和 年 月 日		
	予防接種の種類	<input type="checkbox"/> ビケン(水痘生ワクチン) <input type="checkbox"/> シングリックス(帯状疱疹不活化ワクチン)		
	接種医療機関名			

※口座名義人は申請者と同一です。

振込先	金融機関名	銀行 本店 信用金庫 農協 支店		
	預金種別	普通・当座	口座番号	
	口座名義人	(フリガナ)		

※助成額は、5,000円を上限とし、予防接種費用が助成額に満たない場合は、予防接種費用が助成額となります。

※添付書類 ①領収書(帯状疱疹予防接種と記載があるもの)

②予診票(写し可)又は、接種済証