様式第２号（第６条関係）（用紙　日本産業規格Ａ４縦型）

長泉町帯状疱疹ワクチン任意予防接種費用助成金交付申請書（償還払用）

年　　月　　日

長泉町長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　　住　　所

　　　　　　　　氏　　名

　　　　　　　　　　　※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

助成金の交付を受けたいので、長泉町帯状疱疹ワクチン任意予防接種費用助成金交付要綱第６条の規定により、次のとおり申請します。

　なお、助成金の交付決定のため、私の住民登録状況及び納税状況について、長泉町が調査を行うことに同意します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被接種者 | フリガナ | |  | 生 年 月 日 | 年　　　月　　日  （　　　　　歳） |
| 氏名 | |  |
| 該当に〇 | | ワクチンの種類 | | 助成限度額① | 交付申請額②  接種料（支払った金額）が  ①より少ない場合のみ記入 |
|  | | 乾燥弱毒生水痘ワクチン | | 4,000円 | 円 |
|  | | 乾燥組換え帯状疱疹ワクチン(１回目) | | 10,000円 | 円 |
|  | | 乾燥組換え帯状疱疹ワクチン(２回目) | | 10,000円 | 円 |

※　接種料の額が助成限度額①を上回る場合は、助成限度額①を交付申請額②とします。

・添付書類

□　予防接種料の領収書、接種記録等の写し（次の項目が記載してあること）

⑴　予防接種を受けた年月日

⑵　予防接種を受けた者の氏名

⑶　接種料の額

⑷　予防接種に使用したワクチンの種類

⑸　委託医療機関名

（注）申請期間は、接種日から起算して１年以内です。

様式第２号（第６条関係）（用紙　日本産業規格Ａ４縦型）

長泉町帯状疱疹ワクチン任意予防接種費用助成金交付申請書（償還払用）

年　　月　　日

長泉町長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　　住　　所

申請者と被接種者は同じ名前

　　　　　　　　氏　　名

　　　　　　　　　　　※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

助成金の交付を受けたいので、長泉町帯状疱疹ワクチン任意予防接種費用助成金交付要綱第６条の規定により、次のとおり申請します。

　なお、助成金の交付決定のため、私の住民登録状況及び納税状況について、長泉町が調査を行うことに同意します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被接種者 | フリガナ | |  | 生 年 月 日 | 年　　　月　　日  （　　　　　歳） |
| 氏名 | |  |
| 該当に〇 | | ワクチンの種類 | | 助成限度額① | 交付申請額②  接種料（支払った金額）が  ①より少ない場合のみ記入 |
|  | | 乾燥弱毒生水痘ワクチン | | 4,000円 | 円 |
|  | | 乾燥組換え帯状疱疹ワクチン(１回目) | | 10,000円 | 円 |
|  | | 乾燥組換え帯状疱疹ワクチン(２回目) | | 10,000円 | 円 |

※　接種料の額が助成限度額①を上回る場合は、助成限度額①を交付申請額②とします。

・添付書類

□　予防接種料の領収書、接種記録等の写し（次の項目が記載してあること）

⑴　予防接種を受けた年月日

⑵　予防接種を受けた者の氏名

⑶　接種料の額

⑷　予防接種に使用したワクチンの種類

⑸　委託医療機関名

（注）申請期間は、接種日から起算して１年以内です。