様式第3号(第８条関係)

ニセコ町帯状疱疹予防接種費用助成申請書

年　　月　　日

ニセコ町長　　　　　　　　　　様

住　　所　虻田郡ニセコ町字

氏　　名

連 絡 先

帯状疱疹予防接種の費用について領収書を添えて助成申請します。

　なお、この申請に基づく支給決定に当たり、ニセコ町が保有する情報について閲覧又は調査

すること及び医療機関等に問い合わせることに同意します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 予防接種を受けた人 | 住所□同上 | ニセコ町字 |
| 氏名□同上 |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日　(　　歳) |
| 医療機関 |  |
| 接種日ワクチン | 　　　年　　月　　日 | □不活化ワクチン1回目□生ワクチン1回目 |
| 　　　年　　月　　日 | □不活化ワクチン2回目 |
| 接種費用 | 　　　円 |

振込先

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名支店名 |  | 口座番号 | 当座・普通 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ口座名義(請求者と同一) |  |
|  |

添付書類　：　領収書

※町記入欄（　債権者登録：□有 □無　　　助成決定額：　　　　　　円　）