

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 <input type="checkbox"/> 同上	ニセコ町字	
	氏名 <input type="checkbox"/> 同上		
	生年月日	年 月 日 ( 歳)	
	医療機関		
	接種日 ワクチン	年 月 日	<input type="checkbox"/> 不活化ワクチン1回目
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 生ワクチン1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 )