

## 帯状疱疹予防接種費用交付申請書

令和 年 月 日

軽米町長 山 本 賢 一 様

申請者 住所

氏名

(被接種者との続柄 )  
(連絡先 )

帯状疱疹予防接種費用の交付を受けたいので、関係書類を添えて、次のとおり申請します。

被接種者氏名			生年 月日	大正・昭和 年 月 日生 (満 歳)
被接種者住所	〒 軽米町大字			
接種を受けた日	令和 年 月 日			
ワクチンの種類	ビケン・シングリックス（1回目）・シングリックス（2回目）			
接種を受けた 医療機関	所在地	〒		
	医療機関名			
支払金額				円
振込先	金融機関名	銀行・農協・信用金庫 本店・支店・支所・出張所		
	口座番号		預金種別	普通・当座
	口座名義人			

## 添付書類

- 1 帯状疱疹予防接種予診票
- 2 医療機関の発行した帯状疱疹予防接種に係る領収書の写し

軽米町記入欄 ※この欄には記入しないでください。

区分	交付決定の可否	交付決定額
<input type="checkbox"/> 65歳以上 100歳以下の5歳刻みの者及び 100歳以上の者 <input type="checkbox"/> 60~64歳の身障1級該当者 <input type="checkbox"/> 上記該当者の生活保護世帯の者 <input type="checkbox"/> 上記以外の者	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	円