

別記第1号様式（第4条関係）

長洲町带状疱疹任意予防接種費用助成申請書兼請求書

長洲町長 様

年 月 日

長洲町带状疱疹任意予防接種費用助成要綱第4条の規定により、次のとおり申請します。また、下記記載内容の確認のため、長洲町が住民基本台帳を閲覧することに同意します。

(申請者氏名)

被接種者	ふりがな 氏名	生年月日 年 月 日
	住所 (〒 -)	電話番号 - -
申請者 ※被接種者 と同じ場合 は記載不要	ふりがな 氏名	被接種者との続柄
	住所 (〒 -)	電話番号 - -

水痘ワクチン				
接種日	年 月 日	接種費用	円	
带状疱疹ワクチン				
1回目	接種日	年 月 日	接種費用	円
2回目	接種日	年 月 日	接種費用	円

振込先金融機関口座

金融機関名	銀行・農協・金庫		本店・支店・支所
預金種別	普通 ・ 当座	口座番号	
口座名義 (カナ)			

添付書類：領収証（医療機関が発行したもの）

申請期間：予防接種を受けた日が属する年度末日まで（3月接種分は4月15日まで）

助成決定書（長洲町記入欄）

接種費用 (①)	助成額 (③)	助成決定額 (③+④)
円	円	円
接種費用 (②) ※带状疱疹ワクチン接種の場合	助成額 (④)	
円	円	