

様式第1号（第4条関係）

玉城町帯状疱疹予防接種費助成金交付申請書

年 月 日

玉城町長 あて

請求者 住所 玉城町

氏名

電話番号

下記のとおり、帯状疱疹の予防接種を受けましたので、助成金を交付されたく、領収書を添えて申請します。

1 請求額 円

2 被接種者名及請求内訳

被接種者名	生年月日	被接種日	接種金額	ワクチンの種別	接種医療機関名	助成額
		年 月 日		<input type="checkbox"/> 生ワクチン <input type="checkbox"/> 不活化ワクチン		円
		年 月 日		<input type="checkbox"/> 生ワクチン <input type="checkbox"/> 不活化ワクチン		円
				助成金額合計		円

振込口座

金融機関名	銀行 信用金庫 農協	本店 支店 出張所
口座番号	普通預金 NO. _____	
フリガナ		
口座名義		

※ 金融機関名は、該当箇所には○をつけてください。

※ 必ず申請者名義の口座を記入してください。