

様式第1号（第5条関係）

いなべ市^{ほうしん}帯状疱疹ワクチン予防接種費用助成金交付申請書

年 月 日

いなべ市長 宛て

申請者 住 所 いなべ市
氏 名
電話番号

いなべ市^{ほうしん}帯状疱疹ワクチン予防接種費用助成金交付要綱第5条の規定により、次のとおり申請します。

氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
生年月日	年 月 日（ 歳）
接種医療機関名	
ワクチンの種類・ 接種日	<input type="checkbox"/> 生ワクチン（水痘ワクチン） 年 月 日 <input type="checkbox"/> 不活化ワクチン（ ^{ほうしん} 帯状疱疹ワクチン） 1回目 年 月 日 2回目 年 月 日
予防接種費用	円

振 込 先 口 座	金 融 機 関 名	銀行・農協		本店
	口 座 番 号	信用金庫	預 金 種 別	支店・支所
	フ リ ガ ナ			
	口 座 名 義 人			

添付書類

- 1 生ワクチン又は不活化ワクチンを接種したことが分かる書類
- 2 予防接種に要した金額が分かる領収書