様式第２号（第６条関係）

　　　　年　　月　　日

新温泉町帯状疱疹予防接種費用助成事業償還払申請・請求書

新温泉町長　様

新温泉町帯状疱疹予防接種費用助成事業実施要綱第６条の規定に基づき、書類を添えて助成金の償還払いを申請し、請求いたします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者兼被接種者 | 氏　　　名 | ㊞ | | | 生年月日 | | 年　　　月　　　日生 |
| 住所 |  | | | 連絡先 | | （　　　）　　　- |
| 接種した種類 | □乾燥弱毒生水痘ワクチン　　　□乾燥組換え帯状疱疹ワクチン | | | | | |
| 接種日  (申請分のみ記載) | 1回目 | | 年 　　　月　 　　日 | | | |
| 2回目 | | 年 　　　月 　　　日 | | | |
| 申請金額  (申請分のみ記載)  接種費用の1/2 | 1回目 | | 円 | | ＊100円未満切捨て | |
| 2回目 | | 円 | |
| 請求助成金 | 円 | | | | | |
| 接種医療機関 |  | | | | | |
| 上記の助成金については、下記の口座に振込みを依頼します。  なお、請求者と口座名義人が異なるときは、口座名義人に受領委任いたします。 | | | | | | | |
| 金融機関名 | | | 銀行・信用金庫・協同組合・（　　　　　） | | | | |
| 支店名 | | | 支店・支所・出張所・（　　　　　　　　　） | | | | |
| 口座種別 | | | 普通　　・　　当座　　・　　（　　　　　　） | | | | |
| 口座番号 | | |  | | | | |
| フリガナ | | |  | | | | |
| 口座名義人 | | |  | | | | |

※この申請書には、医療機関が発行した帯状疱疹予防接種領収書の原本を添付して提出してください。

【宣誓・同意事項】

□申請者は被接種者本人です。

□本申請分の接種費用について過去に費用の助成を受けていません。

□申請内容に偽りがあった場合や助成要件に該当しなかった場合、助成金の返還を行います。