

様式第3号（第8条関係）

年 月 日

舟橋村長 宛て

(申請者)

住所

氏名

電話番号

舟橋村帯状疱疹任意予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

舟橋村帯状疱疹任意予防接種費用助成金の交付を受けたいので、舟橋村帯状疱疹任意予防接種費用助成事業実施要綱第8条第2項の規定により、次のとおり申請します。

なお、舟橋村長がこの申請の内容を確認するため、住民基本台帳を閲覧すること及び予防接種を実施した医療機関に問合せることに同意します。

1. 交付申請額 金 _____ 円

2. 被接種者について

氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	
住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	舟橋村
生年月日	T・S・H _____ 年 _____ 月 _____ 日 満 _____ 歳	※接種日時点年齢

3. 振込先

金融機関名		支店名	
預金種目	普通 ・ 当座		
口座番号			
口座名義人	フリガナ		
	氏名		

〈添付書類〉

- 領収書及び診療明細書（予防接種に要する経費を支払ったことを証する書類）
- 助成金を振り込む口座の通帳の写し等 ※振込先を記載される場合は不要です。
（金融機関名、支店名、預金種目、口座番号及び口座名義人が確認できるものに限る。）
- 前各号に掲げるもののほか、村長が必要と認める書類

〈村確認欄〉

- 過去に本事業での助成を受けていないこと
医療機関の名称及び所在地
予防接種の種類及び予防接種に要した費用（生ワクチン 不活化ワクチン）
被接種者の年齢（接種日時点で満50歳以上であること）
予防接種を受けた日（令和5年4月1日以降であること）