

舟橋村带状疱疹任意予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

舟橋村長 宛て

申請者 住 所 _____
氏 名 _____
電話番号 _____

舟橋村带状疱疹任意予防接種費用助成金の交付を受けたいので、舟橋村带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。

被接種者氏名	☐ 申請者と同じ		生年月日	大. 昭 年 月 日
住 所	☐ 申請者と同じ			
医療機関名	所在地			
	名称			
ワクチン接種の種類		接種日	医療機関支払額	申請額
乾燥弱毒生水痘ワクチン (生ワクチン)		年 月 日	円	円 (5,000 円/回を上限)
乾燥組換え带状疱疹ワクチン (不活化ワクチン)		1 回目 年 月 日	円	円
		2 回目 年 月 日	円	円 (10,000 円/回を上限)
同意書 舟橋村带状疱疹任意予防接種費用助成事業の実施にあたり、対象要件の確認のため、村が保有する住民基本台帳上の情報及び予防接種の実施状況について、村と医療機関が必要最小限度の範囲内で情報を共有することに同意します。助成制度の利用はどちらかのワクチンで一人1度限り(生ワクチンは1回接種、組換えワクチンは2回接種)であることについて了承し、この事業による助成金を重複して受けたとき、又は不正に受けたときは、当該助成金を返金いたします。 申請者氏名 _____				

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〉

- 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（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〉 予防接種の内容が確認できる医療機関発行の領収証関係

・ 医療機関の名称及び所在地 ☐ ・ 予防接種に要した費用 ☐ ・ 予防接種を受けた日 ☐