

様式第1号（第5条関係）

日高市帯状疱疹予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

（あて先）日高市長

住 所

氏 名

電話番号

日高市帯状疱疹予防接種費用助成金の交付を受けたいので、日高市帯状疱疹予防接種費用助成事業実施規則第5条の規定により、下記のとおり申請します。

記

1 申請事項等

接種を受けた者の氏名		生年月日	年 月 日
接種を受けた日の住所			
ワクチンの別及び接種の回数	<input type="checkbox"/> 生ワクチン（ビケン）		1回
	<input type="checkbox"/> 不活化ワクチン（シングリックス）		2回
接種を受けた日	1回目 年 月 日	2回目 年 月 日	接種費用合計 円
助成申請額	円（4,000円× 回）		
接種医療機関名			
接種医療機関の所在地			

2 振込先口座

金融機関名	銀行 金庫 農協							支店
預貯金種別	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 当座	口座番号					
フリガナ								
口座名義人								