第１号様式（第５条関係）

戸田市帯状疱疹ワクチン任意予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

　　　年　　　月　　　日

（宛先）

戸田市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者（請求者）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

戸田市帯状疱疹ワクチン任意予防接種費用助成金の交付を受けたいので、戸田市帯状疱疹ワクチン

任意予防接種費用助成金交付要綱第５条の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被接種者氏名 |  | 生年月日 | 　　　　年　　　月　　　日 |
| 接種日の年齢 | 　　　　　　　　　　　　歳　　　（５０歳以上の方が助成対象となります。） |
| 接種日の住所 | 埼玉県戸田市 |
| ワクチンの種類及び接種日 | □生ワクチン（乾燥弱毒生水痘ワクチン） | 　　　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| □不活化ワクチン（乾燥組換え帯状疱疹ワクチン） | １回目　　　　　　年　　　月　　　日２回目　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 助成金請求額 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 接種医療機関名 |  |

振込先

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 銀行・信用金庫農協・信用組合 | 支店名 |  |
| 預金種目 | 　　□普通　　□当座 | 口座番号 |  |
| フリガナ口座名義 |  |

添付書類

１　接種日及び予防接種の種類を確認できる書類の写し

２　領収証又は接種費用を支払ったことが確認できる書類