第１号様式（第６条関係）

白井市帯状疱疹ワクチン接種費用助成申請書兼請求書

　　　年　　月　　日

　　（宛先）白井市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　請求者　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　被接種者との続柄（　　　　）

　　白井市帯状疱疹ワクチン接種費用助成を受けたいので、白井市帯状疱疹ワクチン接種費用助成要綱第６条第１項の規定により申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | | | | □請求者と同じ | |  | | 生年月日 | | 年　　月　　日 |
| 氏名 | | | |  | |
| 現住所 | | | | □請求者と同じ | | 〒 | | | | |
| 内訳 | 1回目 | 接種日 | | | 年　　　月　　日 | | 接種費用 | | 円 | |
| ワクチンの種類 | | | □乾燥弱毒生水痘ワクチン　□乾燥組換え帯状疱疹ワクチン | | | | | |
| 2回目 | 接種日 | | | 年　　月　　日 | | 接種費用 | | 円 | |
| ワクチンの種類 | | | 乾燥組換え帯状疱疹ワクチン | | | | | |
| 請 求 金 額  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 | | | | | | | | | | |
| 接種医療機関 | | | 名称 |  | | | | | | |
| 住所 |  | | | | | | |
| TEL |  | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込先口座 | 金融機関名 | 銀行 　　　　　　　　　本店  信用金庫 　　　　　　　　　支店  農協 　　　　　　　　　支所 | | | | | | | | |
| 金融機関コード |  |  |  |  | 支店番号 |  |  |  |
| 預金種別 | 普通　　・　　当座 | | | | | | | | |
| 口座番号 |  | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | |
| 口座名義人 |  | | | | | | | | |