

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		氏名		<input type="checkbox"/> 請求者と同じ	生年月日	年 月 日
現住所		住所		<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 乾燥弱毒生水痘ワクチン <input type="checkbox"/> 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								