

小海町带状疱疹任意予防接種費用助成金交付申請書（請求書）

年 月 日

小海町長 殿

申請者 住所 _____

氏名 _____ 印 _____

電話番号 _____

小海町带状疱疹任意予防接種費用助成交付要綱第5条の規定に基づき、下記のとおり助成金の交付を申請します。なお、下記の事項について小海町が内容の確認をする必要がある場合には、関係する機関に情報を提供し、問い合わせることに同意します。

記

1 申請内容

フリガナ		生年月日	年 月 日
氏 名			
申請金額	円		
接種した医療機関名			

2 添付書類

(1) 带状疱疹を接種した額がわかる領収書等の原本

3 個人情報使用承諾書

私は、私の個人情報について小海町带状疱疹任意予防接種費用助成事業にかかる事務のみに使用される場合に限り、提供及び使用を許諾いたします。

署名 _____

4 振込先

交付決定（額が確定）された小海町带状疱疹任意予防接種費用の助成金については、次の金融機関へ振り込んでください。

振込 口座	金融機関名		本店・支店 出張所	
	フリガナ		預金種目	普通・当座
	口座名義人		口座番号	

接種者本人以外の口座には振込みをすることはできません。