

様式第1号(第6条関係)

睦沢町帯状疱疹任意予防接種事業償還金交付申請書

年 月 日

睦沢町長 様

申請者 住所
氏名
電話番号
被接種者 住所
氏名

※被接種者の住所及び氏名は、申請者と被接種者が同一の場合、記入不要

下記のとおり、帯状疱疹任意予防接種を受けたので、睦沢町帯状疱疹任意予防接種事業実施要綱第6条第3項の規定により、償還金の交付を申請します。

記

被接種者生年月日		年 月 日
1回目	接種日	年 月 日
	接種ワクチン	<input type="checkbox"/> 乾燥弱毒生水痘ワクチン「ビケン」(生ワクチン) <input type="checkbox"/> シングリックス(組換えワクチン)
	接種医療機関	
2回目	接種日	年 月 日
	接種ワクチン	<input type="checkbox"/> シングリックス(組換えワクチン)
	接種医療機関	
振込先		銀行・金庫・組合・農協
		本店・支店(所)・出張所
		普・当 口座番号:
フリガナ		
口座名義人		

添付書類

- ①医療機関の発行する領収書の原本
- ②予防接種済証(接種日、ワクチンの種類等が記載された接種を証明する書類)の原本
- ③振込先金融機関口座通帳の写し