

様式第1号(第6条関係)

睦沢町带状疱疹定期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、带状疱疹定期予防接種を受けたので、睦沢町带状疱疹定期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	☐ 乾燥弱毒生水痘ワクチン「ビケン」(生ワクチン) ☐ 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	☐ 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