

中泊町高齢者帯状疱疹予防接種助成金申請書

年 月 日

中泊町長 殿

申請者

〒

住所

氏名

中泊町高齢者帯状疱疹予防接種実施要領第8条の規定に基づき、関係書類を添えて以下の通り助成金を申請します。

1. 申請内容

接種者氏名		生年月日	年 月 日
医療機関への 支払額	円	連絡先 (電話番号)	
医療機関名			

2. 振込先

金融機関名		支店名	
口座種別	普通 ・ 当座	口座番号	
(フリガナ)			
口座名義人			

※接種者本人名義の振込先を記入してください。

添付書類	<input type="checkbox"/> 高齢者帯状疱疹予防接種の領収書
	<input type="checkbox"/> 高齢者帯状疱疹予防接種証
	<input type="checkbox"/> 通帳等振込先が確認できるものの写し