

年 月 日

带状疱疹予防接種助成金請求書

琴浦町長 様

住 所 琴浦町大字  
請求者 氏 名 ⑩  
電話番号 \_\_\_\_\_

令和 年度に接種した带状疱疹予防接種の一部負担金を、医療機関の発行する領収書を添付して、次のとおり請求します。

また、助成金の支給にあたり、住民登録、生活保護受給の有無について調査されることに同意します。

接種年月日 \_\_\_\_\_ 令和 年 月 日

接種医療機関 \_\_\_\_\_

带状疱疹予防接種一部負担金 \_\_\_\_\_ 円

助成金は、次の口座に振り込んでください。

金融機関名 \_\_\_\_\_ 支店名 \_\_\_\_\_

預金種別： 普通・その他 ( \_\_\_\_\_ )

(フリガナ)

口座番号 \_\_\_\_\_ 口座名義人 \_\_\_\_\_