

令和 年 月 日

東通村長 様

申請者 住所 _____
 氏名 _____ ㊞
 対象者との続柄（ _____ ）
 電話番号 _____

带状疱疹予防接種助成金交付申請書

東通村带状疱疹予防接種助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。

フリガナ				生年月日
対象者氏名				<input type="checkbox"/> 大正、 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日
助成対象区分	<input type="checkbox"/> 65歳、 <input type="checkbox"/> 70歳、 <input type="checkbox"/> 75歳、 <input type="checkbox"/> 80歳、 <input type="checkbox"/> 85歳、 <input type="checkbox"/> 95歳、 <input type="checkbox"/> 100歳 （年度内に上記年齢になる者） <input type="checkbox"/> 100歳以上の者（令和7年度に限り全員対象） <input type="checkbox"/> 60歳以上65歳未満の障害者 <input type="checkbox"/> 任意接種（ _____ 歳）			
住 所・ 電 話 番 号	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる 【住 所】 東通村大字 【電話番号】 _____（ _____ ）			
接種回数	接種年月日	接種医療機関名	申請額	
1回目	年 月 日		円	
2回目	年 月 日		円	
合 計				

【振込先】

金融機関名	銀行・信漁連 農協・信用組合 信用・労働金庫		本店 支店 営業部
預金種別	普通 ・ 当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義			

【添付書類】 医療機関等が発行した領収書（原本）
 予防接種したことがわかる書類（接種済証又は予診票の写しなど）
 通帳の写し（振込先が記載されている部分）
※申請者は申請書提出前に添付書類が揃っているか必ず☑を入れてください。