

古座川町帯状疱疹任意接種費用助成金申請書兼請求書

古座川町長 様

令和7年 9月 30日

申請者 氏名 古座川 太郎 (印)
住所 古座川町 川口254-1
電話番号 090-●●●●-●●●●

下記のとおり帯状疱疹任意接種を受けましたので、次のとおり費用申請（請求）します。

申請（請求）額 36,120 円 2. 申請内容内訳の合計

1. 被接種者情報

氏名	古座川 太郎	生年月日	昭和 32年 ●月 ●日
住所 (接種日時点)	古座川町 川口254-1		
<input type="checkbox"/> 生活保護受給者である 該当の場合 <input checked="" type="checkbox"/>			

2. 接種内容内訳

	接種日	接種費用	申請額
生ワクチン	年 月 日	円	円
組み替えワクチン	1回目	令和7年 7月 1日	25,000円
	2回目	令和7年 9月 1日	22,000円

(参考)

ワクチンの種類	助成回数	基準額 (1回あたり)	補助額 (1回あたり)
乾燥弱毒生水痘ワクチン (生ワクチン)	1回	8,920円	①接種費用が町基準額以上:6,920円 ②接種費用が町基準額未満:接種費用 -2,000円
乾燥組換え帯状疱疹ワクチン (組み替えワクチン)	上限2回	22,120円	①接種費用が町基準額以上:18,120円 ②接種費用が町基準額未満:接種費用 -4,000円

3. 振込口座情報

金融機関名	紀陽 銀行・金庫・農協	串本	本店・支店・出張所
預金種別	普通・当座	口座番号	▲▲▲▲▲▲
口座名義人 (申請者と同一であること)	古座川 太郎		

(添付書類)

- 領収書（領収書（接種を受けた人の名前、予防接種名、接種日、支払金額、医療機関名が分かるもの）
- 振込口座が分かる通帳（申請者名義）