

別記第1号様式（第5条関係）

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

年 月 日

申請者 氏名 印
住所 古座川町
電話番号

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 _____ 円

1. 被接種者情報

氏名		生年月日	年 月 日
住所 (接種日時点)	古座川町		
<input type="checkbox"/> 生活保護受給者である			

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	年 月 日 円	円
	2回目	年 月 日 円	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	銀行・金庫・農協		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)			

(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）