様式第２号（第７条関係）

総社市帯状疱疹予防接種費用助成事業償還給付申請書

令和　　年　　月　　日

総社市長　様

次のとおり総社市帯状疱疹予防接種費用助成事業に係る接種費用の助成を受けたいので，次の書類を添えて申請します。

申請者氏名		生年月日	昭和　　年　　月　　日
住　　所	総社市	電話番号	
申請金額	ビケン（生ワクチン）	金　　円 （助成額の上限：４，０００円）	
	シングリックス（不活化ワクチン） １回目	金　　円 （助成額の上限：１１，０００円）	
	シングリックス（不活化ワクチン） ２回目	金　　円 （助成額の上限：１１，０００円）	

添付書類

（１）予防接種を受けたことを証明する領収書の原本
　　（被接種者の氏名，ワクチンの種類が記載されたもの）

（２）予防接種を受けたことを証明する書類の写し

（３）その他市長が必要と認める書類

口座振込先

金融機関名	銀行 金庫 農業協同組合					店 支店 出張所			
種　　目	１．普通 ２．当座	口座番号							
口座名義人	ﾌﾘｶﾞﾅ								
	氏　名								