

様式第1号（第4条関係）

奥多摩町带状疱疹予防接種費用助成金交付申請書

予防接種を受けた者	住 所	奥多摩町
	氏 名	
	電話番号	
	生年月日	大正・昭和 年 月 日（満 歳）
予防接種を行った 医療機関	住 所	
	名 称	
接種ワクチンの種類 （どちらか一方）		<input type="checkbox"/> 乾燥弱毒生水痘ワクチン ※1回のみ <input type="checkbox"/> 带状疱疹ワクチン（シングリックス）
接種日と予防接種に 要した費用額	1回目	接 種 日： 令和 年 月 日 接種費用額： 円
	2回目	接 種 日： 令和 年 月 日 接種費用額： 円
接種費用額の合計		円
助成金の額（※町記入欄）		円

※ 助成金の額は、乾燥弱毒生水痘ワクチンは5,000円、带状疱疹ワクチン（シングリックス）は1回当たり10,000円が上限となります。

【助成金の振込み先口座名（被接種者の本人名義）】

金融機関名		本・支店名	
口座番号		口座の種類	普通・当座
口座名義人	(フリガナ)		

上記のとおり予防接種を受けたので、奥多摩町带状疱疹予防接種費用助成事業実施要綱に基づき、助成金の申請をします。なお、町が住民登録等の助成金交付の審査に必要な情報、及び予防接種の接種記録等、他の官公署その他の関係機関に対して照会し、閲覧することについて同意します。

令和 年 月 日

奥多摩町長 殿

申請者（被接種者本人） 氏 名（自署） _____