

市川市帯状疱疹ワクチン接種費用助成金申請書兼請求書

(接種日から起算して1年以内の申請に限る。)

対象者(接種日時点において50歳以上の者)

市川市長

市川市帯状疱疹ワクチン接種費用助成金の交付を次のとおり申請します。

※ 誤字などで訂正をする場合は、必ず訂正印を押してください。

申請者氏名 (接種を受けた方)												
住所	千葉県市川市											
	(建物名)											
電話番号					対象者 生年月日 (西暦)	19	年	月	日			
↓振込先は、申請者の口座を記入してください。												
振込先	金融機関名					金融機関コード						
	支店名・店名					支店・店番コード						
	口座種別	普通		口座番号								
	口座名義 (カタカナで記入)											
※助成の対象はいずれか一方のワクチンのみとなります。												
接種したワクチン	生ワクチン(ビケン)	不活化ワクチン(シングリックス)										
		1回目			2回目							
接種年月日(西暦)	20	年	月	日	20	年	月	日	20	年	月	日
支払い金額	円				円				円			

【添付書類】(写し可)

1. 医療機関が発行した領収書
2. ワクチン名、接種料金、接種年月日が記載されているもの(診療明細書、接種済証、予診票など)

【市記入欄】