

令和 年 月 日

川崎町带状疱疹予防接種助成事業に係る助成金について、次のとおり請求します。

請求者氏名	接種者との関係（ ）		
住 所	(住民票のある所) 電話番号 川崎町 ()		
接種者氏名		生年月日	大正・昭和 年 月 日 (歳)
ワクチンの種類及び 助成対象区分	実施日	実施医療機関	支払額
☐ ①ビケン（一般）	1 回目：令和 年 月 日		円
☐ ②ビケン（生活保護）			
☐ ③シグリックス（一般）	2 回目：令和 年 月 日		円
☐ ④シグリックス（生活保護） (③と④は2回接種)	請求金額（1～2回目の支払額の合計）		円
※助成金額は、①は4,200円まで、②は8,200円まで、③は各11,700円まで、④は各21,700円までが上限です。			

振込先	銀行・農協・信用組合 信用金庫・労金						支店・本店 支所・出張所					
	金融機関コード				店舗コード		口座番号					
	口座の種類		普通 当座									
	フリガナ											
	口座名義人氏名											

確認欄	① 川崎町に住民登録をしている	☐	⑤ 個人コード _____	(受付者)	(確認者)
	② 50 歳から 65 歳未満である	☐			
	③ 医療機関領収証の写し	☐			
	④ 預金通帳の写し	☐			