

川崎町带状疱疹予防接種助成事業償還払請求書

令和 年 月 日

川崎町長 様

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。

太枠内をご記入ください。

請求者氏名	接種者との関係（ ）		
住 所	(住民票のある所) 川崎町	電話番号 ()	
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
<input type="checkbox"/> ①ビケン（一般）	1回目：令和 年 月 日		円
<input type="checkbox"/> ②ビケン（生活保護）			
<input type="checkbox"/> ③シングリックス（一般）	2回目：令和 年 月 日		円
<input type="checkbox"/> ④シングリックス（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5,700円まで、②は8,200円まで、③は各15,200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					

〈役場記入欄〉

確認欄	① 川崎町に住民登録をしている	<input type="checkbox"/>	⑤ 個人コード _____	(受付者)	(確認者)
	② 65歳以上である	<input type="checkbox"/>			
	③ 医療機関領収証の写し	<input type="checkbox"/>			
	④ 預金通帳の写し	<input type="checkbox"/>			