様式第７号（第10条関係）

年　　月　　日

河内町任意予防接種（帯状疱疹等）費用助成金請求書

河内町長　様

請求者　　　住所

　氏名

　電話番号

河内町任意予防接種費用助成事業実施要綱第10条の規定により、関係書類を添えて次のとおり請求します。

　また、この請求に係る決定については、口座への振込みをもって決定の通知とすることに同意します。

１．被接種者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 性別 | 男　・　女 |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所 |  | 電話番号 | (日中連絡のとれる番号) |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日生 |
| 予防接種名 | 該当するものに☑□帯状疱疹ワクチン（第１回・第２回）・□水痘ワクチン50歳未満の方が帯状疱疹ワクチンを接種した場合の医師が必要と認めた理由（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 接種年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 請求額内　訳 | 被接種者支払額 | 被接種者請求額（支払った額の２分の１の額） |
| \ | \ |

（１）請求額の上限は１２，０００円

（２）１０円未満の端数が生じた場合はその額を切り捨てた額とする。

※関係書類：接種の領収書・接種が証明できる書類

２．振込先金融機関名

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 店名 | 種目 | 口座番号 | （フリガナ）口座名義人 |
| 銀行金庫組合　 | 店支店出張所 | 普通当座 |  |  |
|  |