

様式第 5 （第 8 条関係）

江南市带状疱疹予防接種費用助成金請求書（償還払用）

年 月 日

江南市長 様

申請者 住所
氏名
電話番号

次のとおり、関係書類を添えて带状疱疹予防接種費用に係る助成金の交付を申請します。
なお、助成金は下記金融機関へお振り込みください。

助成対象者	ふりがな			生年 月 日	年 月 日生 (歳 か月)					
	氏名									
	住所									
接種医療機関名										
ワクチンの種類		☐ 不活化ワクチン（带状疱疹ワクチン） ☐ 生ワクチン（水痘ワクチン）								
予防接種を受けた年月日	1 回目			年 月 日						
	2 回目（※不活化ワクチンのみ）			年 月 日						
接種費用総額		円								
助成額		円 (※接種費用総額が上限額を超える場合は、 上限額を記入してください)								
添付書類		・ 江南市带状疱疹予防接種費助成対象者認定通知書兼助成券又は助成対象者の 氏名・住所・生年月日が確認できる書類の写し ・ 接種医療機関が発行する領収書 ・ その他市長が必要と認めるもの								
振込先	金融機関名	銀 行 本 店 信金・信組 支 店 農協・労金 出張所			口座 名義人	フリガナ				
	預金の種類	普通 ・ 当座 ・ 貯蓄				口座 番号				

※予防接種を受けた日の属する年度の翌年度の 4 月末までに手続きをしてください。