

大崎町帯状疱疹ワクチン予防接種費助成金請求書

令和 年 月 日

大崎町長 殿

【申請者】

住 所

氏 名

電 話 番 号

帯状疱疹ワクチン予防接種費助成金について、下記のとおり請求いたします。

記

1. 請求金額 金 円

区 分	助成額	回 数	金 額
生ワクチン	4,000円		円
不活化ワクチン	10,000円		円
生ワクチン 【上限額未満】	円		円
不活化ワクチン 【上限額未満】	円		円
合 計 金 額			円

2. 振込口座 ※申請者の口座を記入してください。

金融機関名	銀行 ・ 信金 ・ 信組 ・ 農協
支店名	本店 ・ 支店 ・ 支所
口座の種類	普通 ・ 当座
口座番号	
口座名義人（カタカナで記入）	