

# 東員町帯状疱疹ワクチン任意予防接種費補助金交付申請書

東員町長 様

年 月 日

〒 ー

申請者 住 所 東員町 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

東員町帯状疱疹ワクチン任意予防接種費補助金交付要綱第5条の規定により、次のとおり申請します。

## 補助対象者等

住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	生年月日	
接種したワクチンの種別及び接種日	<input type="checkbox"/> 生ワクチン（ビケン）		
	接種年月日	年	月 日
	<input type="checkbox"/> 不活化ワクチン（シングリックス）		
	1回目 接種年月日	年	月 日
	2回目 接種年月日	年	月 日

## 請求金額

円
---

## 添付書類

- ・予防接種済証（接種したことが分かる書類）
- ・接種に要した金額の分かる領収書（明細書）