

第1号様式（第5条関係）

戸田市带状疱疹ワクチン任意予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

(宛先)

戸田市長

申請者（請求者）

住 所

氏 名 Ⓜ

電話番号

戸田市带状疱疹ワクチン任意予防接種費用助成金の交付を受けたいので、戸田市带状疱疹ワクチン任意予防接種費用助成金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請します。

被接種者氏名		生年月日	年 月 日
接種日の年齢	歳 (50歳以上の方が助成対象となります。)		
接種日の住所	埼玉県戸田市		
ワクチンの種類 及び接種日	<input type="checkbox"/> 生ワクチン (乾燥弱毒生水痘ワクチン)		年 月 日
	<input type="checkbox"/> 不活化ワクチン (乾燥組換え带状疱疹ワクチン)	1回目	年 月 日
		2回目	年 月 日
助成金請求額	円		
接種医療機関名			

振込先

金融機関名	銀行・信用金庫 農協・信用組合	支店名	
預金種目	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	
フリガナ 口座名義			

添付書類

- 1 接種日及び予防接種の種類を確認できる書類の写し
- 2 領収証又は接種費用を支払ったことが確認できる書類