

相馬市带状疱疹ワクチン予防接種助成事業償還払込請求書

令和 年 月 日

相馬市長

住 所 相馬市

申請者 氏 名 〔印〕〔対象者との続柄 〕

電話番号

下記のとおり、带状疱疹ワクチン予防接種に係るワクチン接種費用を請求します。

一般世帯ワクチン区分	助成額上限①	接種費用②	助成額③ ※①か②のいずれか低い額
生ワクチン	6,260 円	円	円
組換えワクチン 1 回目	15,460 円	円	円
組換えワクチン 2 回目	15,460 円	円	円
生活保護世帯ワクチン区分	助成額上限①	接種費用②	助成額③ ※①か②のいずれか低い額
生ワクチン	8,860 円	円	円
組換えワクチン 1 回目	22,060 円	円	円
組換えワクチン 2 回目	22,060 円	円	円
		合計	円

助成対象者名	性別	生年月日
フリガナ	男・女	大正 昭和 平成 年 月 日 (歳)
ワクチン区分	接種日	接種医療機関名
带状疱疹ワクチン 1 回目	年 月 日	
带状疱疹ワクチン 2 回目	年 月 日	

金融機関名	支店名	種別	口座番号	口座名義
	本・支店	1 普通 2 当座		フリガナ

<添付書類>

①予防接種済証の写し等の予防接種を証明するもの ② 領収書（原本）

<注意事項>

①振込先の口座名義は、請求者と同じ名義に限ります。

②訂正されるときは、訂正印を押印してください。（金額訂正は不可）