

様式第1号（第5条関係）

芦北町带状疱疹ワクチン任意接種償還払い申請書兼請求書

年 月 日

芦北町長 様

申請者 住 所  
氏 名 (印)  
(被接種者との続柄)  
連絡先

下記のとおり、芦北町带状疱疹ワクチン任意接種償還払い実施要綱第5条の規定により、申請及び請求します。

1 被接種者

氏 名	(フリガナ)
生年月日	大正・昭和 年 月 日生 ( 歳)
接種日時点の住所	熊本県葦北郡芦北町大字

2 予防接種の種類

予防接種の種類		接種日	支払額	請求額
带状疱疹ワクチン	不活化ワクチン	年 月 日	円	円
	不活化ワクチン	年 月 日	円	円
	生ワクチン	年 月 日	円	円

3 振込先

金融機関名	銀行 金庫 農協						本店 支店
預金種別	普通 当座	口座名義人					(カナ)
口座番号							

4 誓約・同意事項 ※該当する項目に☑を入れてください。

この申請に係る住民基本台帳（申請者と被接種者が異なる場合は双方の登録事項）及び医療機関等における情報について、町長が必要と認めるときは調査を行うことに同意しますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
この申請書を、芦北町において支給決定をした後は任意接種用の請求書として取扱うことに同意しますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
带状疱疹ワクチン接種を受けましたか。はいの場合、接種回数と接種を受けた自治体名を右記にご記入ください。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 回・
本申請分の带状疱疹ワクチン任意接種費用について他の自治体から費用の助成を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
提出に必要な書類を紛失している場合、接種医療機関に再発行等の可否について問い合わせを行いましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
申請内容に誤りがあった場合や相違があり支給要件に該当しなかった場合には、支給済みの費用を返還することに同意しますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

【提出書類】

被接種者の氏名・住所・生年月日が確認できる書類の写し（申請者と被接種者が異なる場合は双方のもの）※申請時住所記載の住民票、運転免許証、健康保険証（両面）などいずれかひとつ

振込希望先金融機関の通帳又はキャッシュカードのコピー（振込先確認用）

接種費用の支払いを証明する書類（領収書及び明細書、支払証明書等）※原本に限ります。

接種記録が確認できる書類（接種済証、予診票等）

※申請者と被接種者が異なる、必要書類が不足している等の場合に、追加の書類を求められることがあります。