多可町帯状疱疹ワクチン接種費助成請求書

多可町長　様

多可町帯状疱疹ワクチン接種費助成事業実施要綱第８条第２項の規定により、次のとおり帯状疱疹ワクチン接種費の一部助成を請求します。

年　　月　　日

金　　円

(申請者・被接種者)　住　　所

氏　　名

電話番号

生年月日　　年　　月　　日

（発行責任者、担当者及び連絡先も上記と同様）

接種情報	医療機関名	
	接　種　日	年　　月　　日
	ワクチン種別	□ビケン　　□シングリックス
	ロット番号	
振込先	金融機関名	銀行・信用組合・信用金庫 労働金庫・農協　　支店
	口座種別	□普通　　□当座　　□その他（　　）
	口座番号	
	口座名義（カタカナ）	

※　添付書類（領収書）

審査	対象要件	添付書類	決　裁			
			課長	副課長	課長補佐	担当
	可・否	可・否				