

帯状疱疹予防接種費用還付申請書

令和 年 月 日

比布町長 様

申請者 住 所 比布町 線 号

比布町 町 丁目 番 号

氏 名 _____

電話番号 _____

※日中連絡のとれる連絡先をご記入ください。

予防接種費用の還付を受けたいので、次のとおり申請します。

1. 接種者の氏名、生年月日

接種者氏名	生年月日	年齢
	明・大・昭 年 月 日	歳

2. 申請予防接種内訳

予防接種名	接種年月日	接種費用額	自己負担額	助成金額
帯 状 疱 疹 生ワクチン	年 月 日	円	課税 18,060 円	円
			非課税・生保 0 円	円
帯 状 疱 疹 組換えワクチン 1回目	年 月 日	円	課税 18,060 円	円
			非課税・生保 0 円	円
帯 状 疱 疹 組換えワクチン 2回目	年 月 日	円	課税 18,060 円	円
			非課税・生保 0 円	円
			申請額	円

3. 振込先

振 込 先	銀 行 名	種別 (どちらかに○)	口座番号	口座名義 (カタカナで記入)
	(店)	普通 当座		
同 意 欄				
私は、高齢者等定期(B類疾病)予防接種費用の還付に係る申請に関して、比布町が住民情報等について担当係へ照会することに同意します。				
年 月 日				
氏 名 (印)				

※必ず領収書原本、予防接種済証(または接種の証明となるもの)を添付してください。

償還決定額	円
-------	---

* 行政機関等において事務に必要なかつ相当な理由があると認められるときには、こちらの情報を利用・提供することがあります。

受付	確認