

様式第3号（第7条関係）

带状疱疹ワクチン接種費助成金交付申請書兼実績報告書（償還払い用）

年 月 日

島田市長

住 所

氏 名

電話番号

带状疱疹ワクチン接種費助成金の交付を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請し、及び実績を報告します。

接種を受けた者	住 所	(接種日現在の住民票の住所を記載してください。)
	ふりがな	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日
	電話番号	
接 種 年 月 日	1 回 目	年 月 日
	2 回 目	年 月 日
ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> 生ワクチン <input type="checkbox"/> 不活化ワクチン	
交 付 申 請 額	円	

添付書類

- (1) 带状疱疹ワクチンの接種を実施した医療機関の領収書の写しその他の当該ワクチンの接種を受けたことが分かる書類
- (2) (1)に掲げるもののほか、市長が必要と認める書類