

様式第1号（第5条関係）

座間味村带状疱疹予防接種費助成金交付申請書

申請日 年 月 日

座間味村長 様

住 所 座間味村字

申請者 電話番号（ ）

氏 名

助成対象者との続柄（ ）

座間味村带状疱疹予防接種費助成金の交付を申請します。

助成対象者	(ふりがな)			性別	男・女
	氏 名				
	生年月日	年	月	日	() 歳
	住 所	座間味村字		電話	
接種状況	種 類				
	接種年月日				
	医療機関名				
振込先	金融機関名	銀行		支店	
	口座番号	普通・当座			
	(ふりがな)				
	口座名義人				

*この申請により取得した個人情報については、座間味村個人情報保護条例の規定に基づき、当該助成事務以外には使用しません。

村確認記入欄（以下の欄は記入しないでください。）

带状疱疹予防接種費助成		
申請書	医療機関領収書	予防接種証明書類
予防接種金額	円	