

第3号様式（第6条関係）

年 月 日

带状疱疹予防接種費助成金交付申請書兼請求書（償還払用）

清須市長 様

申請者 住所

氏名

清須市带状疱疹予防接種費助成金の交付について、清須市带状疱疹予防接種費助成に関する要綱第6条第3項の規定により、次のとおり申請します。

助成対象者	氏 名				
	生 年 月 日				
	住 所				
	電 話 番 号				
接 種 状 況	実施年月日	年 月 日	年 月 日		
	医療機関名				
申 請 額	円				
添 付 書 類	(1) 助成対象者が予防接種を受けたことを証明する書類 (2) 予防接種に係る費用を支払ったことを証明する書類				
振 込 先	金融機関名		支 店 名		
	口 座 種 別	普通・当座	口 座 番 号		
	フリガナ				
	口 座 名 義				

助成金交付 決 定 額	この欄は、記入しないでください。 円
----------------	---------------------------