

幕別町高齢者带状疱疹予防接種費用請求書

年 月 日

幕別町長 様

申請者 郵便番号
住 所
氏 名
電 話 ()
(被接種者との続柄)

幕別町高齢者带状疱疹予防接種実施要綱の規定により、次のとおり带状疱疹予防接種費用を請求します。なお、審査のため領収書、接種済証について医療機関への内容照会を行うこと、被接種者の住所等に関する公簿を閲覧することについて同意します。

被接種者住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 幕別町		
被接種者氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	生年月日	年 月 日

1 請求対象区分及び必要書類

共通の必要書類(接種費用の領収書の写し、带状疱疹予防接種済証の写し)

▼該当する箇所に○印をつけてください

該当	助成対象区分	ワクチンの種類・回数	自己負担額
<input type="checkbox"/>	① 65歳以上の方	生ワクチン	4,400円
		組換えワクチン1回	11,000円
		組換えワクチン2回	22,000円
<input type="checkbox"/>	② 60歳から64歳の方で、 下記に該当する方 ・ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能に 障がい有する方	生ワクチン	4,400円
		組換えワクチン1回	11,000円
		組換えワクチン2回	22,000円
<input type="checkbox"/>	(①、②のうち)被保護世帯に属する方		0円

2 請求額(接種費用から自己負担額を控除した額)

金 円

【振込先金融機関】*通帳の写しを添付

	銀行 金庫 組合 農協	本店・支店 本所・支所 出張所		
預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄	ゆうちょ銀行 の場合	店名	店番
口座番号				
口座名義人	(フリガナ)			