

様式第1号（第5条関係）

申請日 令和 年 月 日

美里町長 上田泰弘 様

美里町帯状疱疹予防接種費償還払申請書

帯状疱疹予防接種に係る費用について、美里町帯状疱疹予防接種費の償還払に関する要綱第5条の規定により申請します。

申請者氏名 (被接種者氏名)		生年月日	年 月 日 (歳)	
住所	美 里 町			
ワクチンの種類	区 分	医療機関支払額	限度額	申請額
<input type="checkbox"/> 乾燥弱毒生水痘ワクチン	1回目	円	4,350円	円
<input type="checkbox"/> 乾燥組換え帯状疱疹ワクチン	1回目	円	10,950円	円
	2回目	円	10,950円	円
申請額 (合計)			円	

※太枠内をご記入ください

添付書類

- 予防接種の費用の領収書
- 予防接種を受けたことを証明する書類

注意点 申請書の受付は、予防接種を受けた日から6ヶ月以内です。

帯状疱疹予防接種費請求書				
金額		円		
美里町長 上田泰弘 様 上記のとおり請求します。 年 月 日		住所 _____ 氏 名 _____ 電話番号 _____		
交付決定日 年 月 日		請求印		
支払方法	窓口 振込			

※請求書に記入する氏名・口座名義人には、申請者の氏名を記入してください。

※ゆうちょ銀行の場合は、記号・番号を記入してください。