

様式第1号（第5条関係）

飯能市帯状疱疹^{ほうしん}予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

（宛先）飯能市長

申請者 住 所
氏 名
電話番号
【本人ではない場合：続柄 〃】

飯能市帯状疱疹^{ほうしん}予防接種費用助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

予防接種の内容

接種日の住所	飯能市		
接種を受けた者の氏名・フリガナ		生年月日	年 月 日
予防接種の種類及び回数	<input type="checkbox"/> 生ワクチン（ビケン）		1回
	<input type="checkbox"/> 不活化ワクチン（シングリックス）		1回目・2回目
助成申請額	円（4,000円× 回）		
接種医療機関名			
接種医療機関所在地			

私が受領する助成金について、下記口座への振込みを依頼します。

振込先口座	金融機関名	銀行 信用金庫 農協		本店 支店 支所
	預金種目	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義			