

遠軽町带状疱疹予防接種助成申請書

年 月 日

遠軽町長 様

住 所	
氏 名	
電 話 番 号	() -
生 年 月 日	大・昭 年 月 日 (歳)

带状疱疹予防接種費用の助成を受けたいので、領収書等を添えて接種費用の助成を申請します。

1 申請額（助成額） _____ 円

2 予防接種の区分 ※ 該当欄に○印を付けてください。

	65歳、70歳、75歳、80歳、85歳、90歳、95歳又は100歳	☐ 生活保護世帯 (全額助成)
	60歳以上65歳未満 ヒト免疫不全ウィルスによる免疫機能障害	☐ 生活保護世帯 (全額助成)
	100歳を超える者（令和7年度に限る）	☐ 生活保護世帯 (全額助成)

3 ワクチンの種類・接種日 ※ 該当欄に○印を付けてください。

	生ワクチン	接種日 年 月 日	助成額 3,300円/回・全額
	組換えワクチン（1回目）	接種日 年 月 日	助成額 8,000円/回・全額
	組換えワクチン（2回目）	接種日 年 月 日	助成額 8,000円/回・全額

4 振込先 ※ 助成金をお受け取りになる金融機関、口座番号などを記載してください。

金融機関	_____	銀行 信用金庫 農業協同組合 労働金庫 ()
店 舗 名	_____	本店 支店 本所 支所 ()
口座番号（普通・当座）	_____	
名義人（カタカナ）	_____	