

田子町帯状疱疹ワクチン接種費用助成金交付申請書

申請者 または 代理人	住所 田子町大字 氏名 電話 - - [自宅・携帯・] 申請者が代理人の場合は ご関係等もお書き下さい。
接種者	氏名 <input type="checkbox"/> 同 上

- ・助成金の額は、ワクチン接種費用の1／2の額となります。（100円未満の端数が生じた場合は切り捨てとします。）なお、助成金は《接種者本人の口座》に振り込まれます。

確認欄	申請に必要な添付書類（申請時にお持ちいただければ、当方でコピーいたします）
<input type="checkbox"/>	① 支払領収書の <u>コピー</u>
<input type="checkbox"/>	② ワクチン接種済証（または予診票）の <u>コピー</u>
<input type="checkbox"/>	③助成金受取先口座通帳(接種者本人名義)の「表紙」と「次のページ」の <u>コピー</u> ※
<input type="checkbox"/>	③を省略… ※ すでに口座登録手続きがされている場合、町からの助成金等は <u>優先的にそちらの口座</u> に振り込まれますので、ご注意下さい。

提出先：田子町地域包括支援課（せせらぎの郷） 電話：0179-20-7100