

(別記様式)

帯状疱疹ワクチン定期予防接種費助成申請書兼請求書
金円也

(金額は記入しないでください)

但し、帯状疱疹ワクチン定期予防接種に要した費用として

年月日

申請者名 _____

申請者住所 _____

接種者名 _____

接種者住所 _____

電話番号 (_____ - _____ - _____)

年齢 満 才

接種日 年月日

接種医療機関名

下記の金融機関に振り込んでください。

支払機関名		預金種別		口座番号						
銀行	支店		普通・当座・その他							
	店番		フリガナ							
	信金		口座名義人							

提出先 〒901-3193 沖縄県島尻郡久米島町字比嘉2870番地

久米島町役場福祉課 (098-985-7124)

提出期限 年 3月末日

必要書類の確認

下記のうちで接種が確認できるもの

- 带状疱疹分とわかる領収書 (必須) 確認サイン (職員)
 予診票 } いづれか
 接種済み証 }