

土佐町長

申請者 住所  
氏名  
電話番号

## 土佐町帯状疱疹予防接種費用助成金交付申請書

土佐町帯状疱疹予防接種費用助成金交付要綱第12条の規定により、帯状疱疹予防接種費用の助成について関係書類を添えて申請します。

フリガナ		生年 月日	年 月 日 (満 歳)
接種を受けた者の 氏名			
住所	土佐町		
接種した 医療機関名			

接種日	ワクチンの種類	支払い額 (※1)	助成の上限額 (※2)	申請額 (※3)
年 月 日	生ワクチン・不活化ワクチン			
年 月 日	生ワクチン・不活化ワクチン			
合 計				

※1 予防接種費用として、医療機関に支払った金額をご記入ください。

※2 助成の上限額は、生ワクチンは5,000円/回、不活化ワクチンは10,000円/回×2回分でいずれか一方のみの助成

※3 支払い額が上限額をこえる場合の申請額は、上限額とする。支払い額が上限額に満たない場合の申請額は、支払い額を上限とする。