

様式第1号(第4条関係)

和束町高齢者肺炎球菌ワクチン接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

和束町長 様

申請・請求者

住 所

氏 名

㊞

(電話番号 ー)

次のとおり肺炎球菌ワクチンの接種を受けましたので、和束町高齢者肺炎球菌ワクチン接種費用助成事業実施要綱第4条の規定により申請・請求します。

なお、この助成金の支給にあたり、請求者の住民情報による住所等の調査を行うことを承諾します。

被 接 種 者	氏 名			性 別	男 ・ 女
	生年月日	年 月 日			
予 防 接 種 を 受 け た 年 月 日		年 月 日			
予 防 接 種 を 受 け た 医 療 機 関 名					
予 防 接 種 費 用 額		円			
助 成 金 額		円			
助成金の振込先	金 融 機 関	銀行・組合		本店・支店	
		金庫・農協		支所・出張所	
	預 金 種 目	当座 ・ 普通	口 座 番 号		
	フ リ ガ ナ				
	口 座 名 義 人				

(添付書類) 1 医療機関発行の領収証