

別記様式

聖籠町肺炎球菌ワクチン予防接種費用助成申請書

年 月 日

聖籠町長 様

申請者 住所 聖籠町大字  
氏名 印  
(自署又は記名押印)  
TEL

次のとおり予防接種費用の助成を申請します。

|                 |              |                       |               |          |
|-----------------|--------------|-----------------------|---------------|----------|
| 生 年 月 日         | 年 月 日 ( 歳)   |                       |               |          |
| 接種を受けた<br>年 月 日 | 年 月 日        |                       |               |          |
| 振込<br>指定<br>機関  | 金 融<br>機 関 名 | 銀行・農協<br>信組・信金<br>・労金 | 口座番号等         | 普通<br>当座 |
|                 | 支 店 名        | 本店・ _____ 支店          | フリガナ<br>口座名義人 |          |

※申請者と口座名義人が異なる場合は、下記に記入してください。

|  |
|--|
| 私は上記口座名義人に肺炎球菌ワクチン予防接種費用助成金の受け取りを委任します。<br>年 月 日<br>氏名 _____ 印<br>(自署又は記名押印) |
|--|

- 1 添付書類として医療機関が発行した領収書及び接種証明書など接種したことが確認できるものを添付してください。
- 2 助成金の額は、予防接種に係る費用から、4,700円を控除した額（上限額3,000円）となります。
- 3 助成金の振込は、申請があった日の翌月末となります。

※助成決定額 \_\_\_\_\_ 円

※印の欄は記入しないでください。