

様式第1号 (第4条関係)

紀宝町肺炎球菌予防接種費補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

紀宝町長 様

申請者〔住所〕紀宝町

〔氏名〕 ㊟

〔被接種者との続柄〕 ()

〔電話番号〕

紀宝町肺炎球菌予防接種費用の補助金の交付を受けたいので、紀宝町肺炎球菌予防接種費用助成事業要綱第4条の規定により申請(請求)します。

被接種者の住所 氏名 生年月日	住所 紀宝町	
	(ふりがな)	
	氏名	
	生年月日： 年 月 日 (歳)	
予防接種を受けた 医療機関名		
予防接種を受けた 年月日	年 月 日	
予防接種金額	円	
※補助金額 (請求額)	円 肺炎球菌予防接種に要した費用の2分の1 (100円未満切捨て)の額で4,000円を上限とします。	
振込先	金融機関名	銀行・組合 本店・支店 金庫・農協 出張所
	普通 当座	(ふりがな) 口座名義人
	口座番号	
※申請受理年月日	年 月 日	

- 添付書類 1. 医療機関発行の領収書の写し
2. 予防接種済証(健康手帳の写し等)
※は記載しないでください。