

様式第1号 (第4条関係)

紀宝町肺炎球菌予防接種費用助成申請書

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〕

下記の通り、肺炎球菌予防接種を受けましたので、助成金を交付されたく、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 金庫・農協	本店・支店 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。