

高齢者肺炎球菌予防接種費用助成申請書兼請求書

山ノ内町長 様

年 月 日

申請・請求者 住所 〒

山ノ内町大字

氏名

印

(被接種者との続柄

)

電話番号

下記のとおり高齢者肺炎球菌予防接種をしましたので、助成金を交付されたく、申請及び請求いたします。

記

請求金額

円

《予防接種の種類》 高齢者肺炎球菌

《振込先》

金融機関名		本支店名	
フリガナ		1. 普通	口座番号
口座名義人氏名		2. 当座	

《接種状況》

被接種者名	生年月日	接種日	※助成金額
	年 月 日	年 月 日	円

※助成額は一人1回の接種につき2,000円を差し引いた金額です。

《申請時の持ち物》

- ・実費負担に係る領収書（受けた方の名前、ワクチンの種類、料金内訳、接種日が記載されたもの）
- ・振込先金融機関の通帳、印鑑