

御宿町肺炎球菌予防接種費用助成金支給申請書

年 月 日

(あて先)

御宿町長

(申請者) 住 所

氏 名

㊞

電話番号

()

御宿町肺炎球菌予防接種費用の助成に関する要綱第10条の規定により、下記のとおり申請します。

記

1. 被接種者名等

被接種者名					生活保護受給の有無	有 ・ 無		
個人番号								
生年月日	・	・	接種年月日	・	・	接種日にお いての年齢	歳	
接種医療機関名								
予防接種にかかった費用								円
助成金申請額								円

2. 振込先

振 込 先	金融機関	銀行・組合 信用金庫		本店 支店・支所
	種 別	普通 ・ 当座	口座番号	
	(フリガナ) 口座名義人			

◇添付書類：接種医療機関発行の領収書
接種済証等の接種したことが確認できる書類（領収書で確認できる場合は不要）

※処理欄

番号確認：番号カ・通知カ・住民票・他()	支払方法：口座振込・現金
身分確認：(1点)番号カ・免・旅券・他()	
(2点)通知カ・保・他()	