様式第２号（第６関係）

西和賀町高齢者肺炎球菌ワクチン予防接種費用助成申請書

　　　年　　　月　　　日

西和賀町長　様

申請者

　住　所　西和賀町

　氏　名　　　　　　　　　　　 　　　㊞

　電　話　　　（　　 　）

　標記の予防接種を受けたので、下記のとおり接種費用の助成を申請します。

記

添付書類

　□　被接種者名及び予防接種名が記載された医療機関が発行した接種費用の領収書

　□　医療機関が発行した予防接種済証明書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被接種者  氏　名 |  | 生年  月日 | 明・大・昭  　　　年　　月　　日生（　　　歳） | | | | | | | | |
| 接　種  年月日 | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | |
| 接　種  費用額 | 円（医療機関に支払った額） | | | | | | | | | | |
| 助成費用 | 円（100円未満切り捨て） | | | | | | | | | | |
| (注)　太枠の部分は、記入しないでください。 | | | | | | | | | | | |
| 振込先  金融機関名 |  | | 支店名 | | | 本店  　　　　　　　　　　支店 | | | | | |
| 口座種別 | １ 普通　 　２ 当座 | 口座  番号 |  | |  | |  |  |  |  |  |
| 口座名義人  (申請者) | フリガナ | | | ※申請者と同一名を記載してください。 | | | | | | | |
|  | | |

（注）　振込先に指定のない場合は、既に役場に登録されている口座へ振り込むことと

します。