別記様式（第５関係）

西和賀町高齢者のインフルエンザ及び新型コロナウイルス感染症予防接種助成申請書兼請求書

　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年 　 月　 日

西和賀町長 　　　　　　　様

　　申請者　〒

住所

　　氏名　　　　　　　　　 ㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　（　　　）

　予防接種費用の助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請（請求）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

□高齢者のインフルエンザ予防接種済証又は新型コロナウイルス感染症予防接種済証

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被接種者氏名 | | | | 生　年　月　日 | | | |
|  | | | | 年 　　月 　　日  （　　　　歳） | | | |
| 接種したワクチンの種類 | | | 接　種　日 | | | 接種費用の額 | |
| インフルエンザワクチン | | | 年 　月 　日 | | | 円 | |
| 新型コロナウイルスワクチン | | | 年 　月 　日 | | | 円 | |
| 助　成　申　請（請求）額 | | | 円 | | | ※助成上限額  　インフルエンザワクチン　1,500円  　新型コロナウイルスワクチン　5,200円 | |
| 振込先  金融機関名 | 銀　　行  信用金庫  農　　協 | | | | 支　店　名 | | 本店  支店 |
| 口座種別 | １　普　通　　２　当　座 | | | | 口座番号 | |  |
| （フリガナ）  口座名義人 | | ※申請者と同一名を記載して下さい。 | | | | | |

(注)

１　予防接種日の属する年度の３月31日までに、西和賀町健康福祉課に申請（請求）してください。

２　太枠の部分は、記入しないでください。