

様式第1号(第4条関係)

年 月 日

大紀町長 様

申請者 住 所

(保護者) 氏 名

電話番号

大紀町肺炎球菌ワクチン予防接種費助成金交付申請書兼請求書

大紀町肺炎球菌ワクチン予防接種費用助成金交付要綱第4条の規定に基づき、関係書類を添えて申請します。

65歳以上の者 慢性心疾患、慢性呼吸器疾患、慢性腎不全、糖尿病、脾臓摘出、肝臓病等のため、医師が予防接種を受けることが必要と認めた64歳以下の者				
被接種者名	生年月日	接種日	接種金額	助成金額
申請者との続柄	明治 大正 昭和 平成 年 月 日	年 月 日	円	3,000円

金融機関名			口座番号	(フリガナ) 口座名義人
銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所	種別 普通 当座		

口座名義人は、被接種者名又は保護者名と同一をお願いします。

関係書類：肺炎球菌ワクチン予防接種領収書(被接種者名・接種日・肺炎球菌ワクチン予防接種が明記されたもの)