

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
	明治 大正 昭和 平成 年 月 日	年 月 日	円	3,000 円
申請者との続柄				

金 融 機 関 名			口 座 番 号	(フリガナ) 口 座 名 義 人
銀行	本店	種 別		-----
金庫	支店	普通		
農協	出張所	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)