**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  　　　　　　　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でお願いします。

※　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）