

大紀町新型コロナワクチン予防接種費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

大紀町長 様

申請者 住 所 〒
(保護者) 大紀町

氏 名

電話番号

被接種者との続柄 本人・その他（ ）

大紀町新型コロナワクチン予防接種費助成金交付要綱第 4 条の規定に基づき、関係書類を添えて申請します。
なお、本申請にあたり、被接種者の住民基本台帳確認すること、及び医療機関に問い合わせることについて同意します。

請求金額（助成金額） 円

被接種者名及び請求内訳

フリガナ 被 接 種 者 名			生年 月 日	年 月 日（ 歳）	
住 所	☐ 申請者と同じ	大紀町			
接種ワクチン名	接種医療機関	接 種 年 月 日	接 種 金 額	助 成 金 額※ (接種金額／2)	
新型コロナワクチン		年 月 日	円	円	

※ 助成金額は、接種金額の 2 分の 1 とし、10 円未満の端数があるときはこれを切り捨てた額とする。

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	種 別							
	支店	普通							
	出張所	当座							
		その他							

※ 口座名義人は、申請者名と同一でお願いします。

※ 関係書類：新型コロナワクチン予防接種領収書（被接種者名・接種日・接種金額・「新型コロナワクチン予防接種」と明記されたもの）の原本