

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	<input type="checkbox"/> 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