様式３

定期予防接種助成金交付申請書（高齢者肺炎球菌ワクチン用）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

大熊町長　様

定期予防接種を受けたので、添付書類を添えて助成金の交付申請をします。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 （予防接種者本人） | 住所 | 大熊町大字 | | | | |
| 氏名 |  | | | | |
| 予防接種を受けた方との続柄（　本人　） | | | | |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日（接種日の年齢　　　　　歳） | | | | |
| 電話番号 | （　　　　　　　） | | | | |
| 振込先  口座 | 金融機関名 |  | 銀行･農協  信組･金庫 |  | 本店  支店 |
| 預金種別 | 普通　　・　　当座 | | | |
| 口座番号 |  | | | |
| フリガナ |  | | | |
| 口座名義人 |  | | | |
| 予防接種名 | | | 高齢者肺炎球菌ワクチン | | | |
| 接種年月日 | | | 年　　　　月　　　　日 | | | |
| 医療機関名 | | |  | | | |
| 接種料金 | | | 円 | | | |

【添付書類】

□ 領収書の原本（レシート不可。接種者氏名及び接種年月日の記載があるもの）

　□ 予診票のコピー（医療機関からもらってください）、または接種済証のコピー

|  |  |
| --- | --- |
| 【大熊町記入欄】 | 助　成　決　定　額 |
| 円 |