

東吾妻町任意予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

東吾妻町長 宛

申請者 住 所  
氏 名  
電話番号  
(被接種者との続柄： )



下記の予防接種を受けたので、接種費用の助成について関係書類を添えて申請します。  
また、申請内容を確認するため、町が住民基本台帳を閲覧することに同意します。

被接種者	住 所		
	フリガナ		生 年 月 日
	氏 名		年 月 日
接種医療機関名			
接 種 年 月 日		年 月 日	
※ワクチンの種類		<input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) <input type="checkbox"/> 風しん <input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合 <input type="checkbox"/> 帯状疱疹 ( <input type="checkbox"/> 生ワクチン / <input type="checkbox"/> 不活化ワクチン ( <input type="checkbox"/> 1回目 / <input type="checkbox"/> 2回目 ) <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス ( <input type="checkbox"/> 15歳 / <input type="checkbox"/> 18歳 )	
申請額兼請求額		円	

※ワクチンの種類は、該当するものに☑してください。

■振込先金融機関 (申請者と同一名義のものに限る。)

銀行		本店	
組合			
金庫		支店	
種 別	普通 当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			

【添付書類】

- (1) 予防接種を受けたことを証明する書類 (予防接種名が分かるもの)
- (2) 接種費用に係る領収書
- (3) 預金通帳の写し又は振込先口座が確認できるもの