

様式第1号（第4条関係）

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 東吾妻町大字

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	東吾妻町大字	
	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		令和 年 月 日	
※ワクチンの種類		☐ インフルエンザ ☐ 高齢者肺炎球菌 ☐ 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ） ☐ 風しん ☐ 麻しん風しん混合 ☐ 帯状疱疹 （ ☐ 生ワクチン／ ☐ 不活化ワクチン（ ☐ 1回目／ ☐ 2回目） ☐ 新型コロナウイルス（ ☐ 15歳／ ☐ 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