

邑楽町高齢者肺炎球菌予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

邑楽町長 宛て

申請者 住 所

氏 名

*申請者が本人以外の場合、続柄 ()

電話番号

(日中連絡の取れる携帯等)

邑楽町高齢者肺炎球菌予防接種費用助成金交付要綱第 4 条の規定により、交付を受けたいので、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

フリガナ			生年月日	年 月 日
被接種者氏名				
住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒 邑楽町		
医療機関名			接種日	年 月 日
接種金額	*領収書に記載されている金額 _____ 円 ※太枠内訂正不可			
請求額	*上限 2,000 円 _____ 円 ※太枠内訂正不可			

希望振込先

振込先	金融機関名	銀行・信用金庫 農協・信用組合	支店名等	本店 支店 出張所
	種 別	1. 普通 2. 当座	口座番号	
	口座名義人 (申請者と同一)			

【添付書類】①振込先通帳のコピー (支店名やカタカナで氏名が印字されているページ)

②医療機関発行の支払い額を証明するもの

↓領収書に以下の項目が記載されていることを確認してください。

被接種者氏名 接種日 接種ワクチン名 接種金額 接種医療機関名