

別記

第1号様式 (第3条関係)

龍郷町任意予防接種費用助成金交付申請書 (請求書)

年 月 日

龍郷町長

様

申請者 住所 _____
氏名 _____
連絡先 _____

龍郷町任意予防接種費用助成要綱第3条の規定に基づき、下記のとおり申請及び請求します。
また、申請の審査に必要な場合は住民基本台帳を閲覧すること及び接種した医療機関へ問い合わせることを同意します。

フリガナ 被接種者氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	生年月日	年 月 日	歳
予防接種の種類	接種日		助成金額	
<input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌	年 月 日		(上限4,000円)	円
<input type="checkbox"/> シングリックス (帯状疱疹不活化ワクチン)	1回目	年 月 日	(上限10,000円)	円
	2回目	年 月 日	(上限10,000円)	円
<input type="checkbox"/> ビケン (水痘生ワクチン)	年 月 日		(上限5,000円)	円
<input type="checkbox"/> インフルエンザ	年 月 日		(上限1,500円)	円
<input type="checkbox"/>				
			合計	円
振込先	金融機関名			預金種別
	銀行 本店 信用組合 支店 信用金庫 支所 農協			普通 ・ 当座
	口座番号			口座名義人
				(フリガナ)

*添付書類 領収書