

様式第2号（第4条関係）

斑鳩町肺炎球菌ワクチン接種費用助成金交付申請書兼請求書

令和 年 月 日

斑鳩町長 様

申請者 住 所 斑鳩町

氏 名

電 話 番 号

斑鳩町肺炎球菌ワクチン接種費用助成金交付要綱第4条第2項の規定に基づき、必要書類を添えて、下記のとおり助成金の交付を申請します。

被 接 種 者	住 所	斑鳩町			
	フリガナ				
	氏 名				
	生年月日	年	月	日（ 歳）	
接 種 医 療 機 関 名		接 種 年 月 日	年	月	日
生活保護適用の有無 ※	有 ・ 無				
請 求 金 額	金 円				

※生活保護の方

- ・保護証明について、斑鳩町役場内の関係機関に照会確認することを承諾します。
- ・氏名欄について、自署によらない記名のみ場合は、本人確認書類の提示又は提出が必要となります。

肺炎球菌ワクチン接種費用助成金を下記の口座へ振り込んでください。

	銀 行 信用金庫 信用組合 協同組合	本 店 支 店	預 金 種 別	普通預金 当座預金
口 座 番 号		口 座 名 義 人	フリガナ	

【必要書類】

- ・接種を証する領収書（被接種者氏名、接種年月日、予防接種名、領収金額、接種医療機関名が記載され領収印のあるものに限る。）
- ・予診票

* 下記の〈記入方法〉を参照し請求書を記入してください。
* 接種日から3か月以内に保健センターへ助成金の交付申請及び請求の手続きを
してください。

〈 記 入 方 法 〉

斑鳩町肺炎球菌ワクチン接種費用助成金交付申請書兼請求書

斑鳩町長 様

令和 年

予防接種を受けられた人の氏名をご記入ください。

申請者住所 斑鳩町小吉田1丁目12番35号
氏名 斑鳩 太郎
電話番号 〇〇-〇〇〇〇

斑鳩町肺炎球菌ワクチン接種費用助成金交付要綱第4条第2項の規定に基づき、必要書類を添えて、下記のとおり助成金の交付を申請します。

被接種者	住所	斑鳩町 小吉田1丁目12番35号		
	フリガナ	イカルガ タロウ		
	氏名	斑鳩 太郎		
	生年月日	昭和 〇年 〇月 〇日 (〇〇歳)		
接種医療機関名	〇〇〇〇	接種年月日		
生活保護適用の有無※	有 ・ 無			
請求金額	金			

接種費用の2分の1(上限5,000円)の金額をご記入ください。
(例)・10,000円の場合は5,000円
・7,000円の場合は3,500円

※生活保護の方
・保護照明について、斑鳩町役場内の関係機関に照会確認することを承諾します。
・氏名欄について、自署によらない記名のみ場合は、本人確認書類の提示又は提出が必要になります。

肺炎球菌ワクチン接種費用助成金を下記の口座へ振り込んでください。

〇〇〇〇	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	本店 支店	預金 種別	普通預金 当座預金
口座番号	〇〇〇〇〇〇	口座 名義人	フリガナ	イカルガ タロウ 斑鳩 太郎

【必要書類】

- ・接種を証する領収書(被接種者氏名、接種年月日、予防接種名、領収金額、接種医療機関名が記載され領収印のあるものに限る。)
- ・予診票

問合せ
斑鳩町保健センター (生き生きプラザ斑鳩内)
電話 0745-70-0001