

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	令和	年	月	日
生活保護適用の有無	有 ・ 無					
請 求 金 額	金 円					

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

\*生活保護世帯の方

保護証明を添付してください。

なお、斑鳩町役場内の関係機関で確認が取れる場合において、下記の同意書に同意をいただいた方につきましては、当町で確認をいたします。

## 同意書

上記申請について、私及び私の世帯員の生活保護に関する状況等を貴職が関係機関に照会確認することに同意します。

年 月 日

申請者 \_\_\_\_\_

※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等が必要となります。