

板倉町肺炎球菌ワクチン接種費用助成金申請書兼請求書

板倉町任意予防接種費用助成金を接種費領収書を添えて申請いたします。

なお、この申請に基づく交付決定にあたり、板倉町が保有する情報について閲覧し、又は調査すること及び医療機関等に問い合わせることに同意します。

助成金の交付が決定された際は、下記の口座に振込みをしてください。

板倉町長 様

令和 年 月 日

申請者

住所 _____

氏名 _____ 被接種者との続柄 _____

電話 _____ (_____) _____

被接種者	氏名		生年 月日	(和暦) 年 月 日 (満 歳)
住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
	<input type="checkbox"/> 申請者と異なる(住所を記入) 板倉町			
接種状況	種別	接種日		接種費用
	肺炎球菌ワクチン	令和 年 月 日		円
申請金額	金 _____ 円 ※助成金 2,000 円と接種費用と比べ低い方を記入			

振 込 口 座	い ず れ か を 記 入	ゆうちょ銀行 以外の 金融機関		銀行 農協 信用金庫	本店 支店 出張所			
			金融機関 コード		店番号			
			普通 ・ 当座		口座番号 (右づめで記入してください)			
		口座名義人		(フリガナ)				

		ゆうちょ銀行	店番号		口座番号 (右づめで記入してください)			
口座名義人			(フリガナ)					

〔町確認欄〕 ※記入しないでください

対象者確認	<input type="checkbox"/> 住所	<input type="checkbox"/> 定期接種未接種	<input type="checkbox"/> 65 歳以上
助成金確認	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯	<input type="checkbox"/> 中国残留邦人等の支援給付世帯	<input type="checkbox"/> 災害等の世帯
交付確認	<input type="checkbox"/> 交付	【交付決定金額】	円 (上記世帯は全額助成)
	<input type="checkbox"/> 不交付	[理由]	