

御浜町肺炎球菌ワクチン予防接種費補助金交付申請書

年 月 日

御浜町長 宛て

申請者 住所 御浜町大字
氏名
電話番号

㊞

御浜町肺炎球菌ワクチン予防接種費補助金の交付を受けたいので、交付要綱第4条の規定により申請します。

被 接 種 者 氏 名	
被 接 種 者 生 年 月 日	年 月 日
任意の予防接種を受けた年月日	年 月 日
任意の予防接種を受けた医療機関名	
任 意 の 予 防 接 種 名	肺炎球菌ワクチン予防接種
任 意 の 予 防 接 種 料 金	
交 付 申 請 額	

(添付書類)

- 1 医療機関発行の領収書の写し若しくはそれに代わるもの
- 2 任意予防接種済証の写し若しくはそれに代わるもの

振込先金融機関等

銀 行 名		支 店 名	
口 座 種 類		口 座 番 号	
ふ り が な 口 座 名 義 人			