

上川町高齢者の肺炎球菌ワクチン予防接種費用助成実施要綱  
様式第1号（第4条関係）

上川町高齢者の肺炎球菌ワクチン予防接種費用助成交付申請書

平成 29 年 12 月 20 日

上 川 町 長 様

記入例

太枠内の項目にご記入ください

申請者

住所 上川町 南町 180

氏名 上川 町江 印

以下のとおり、高齢者の肺炎球菌ワクチン予防接種費用の助成交付を申請します。

	氏 名	生 年 月 日	接 種 日
予防接種を 受けた方	上川 町江	大正 昭和 平成 22 年 10 月 21 日 (70 歳)	平成 29 年 12 月 15 日
		大正 昭和 平成 年 月 日 ( 歳)	年 月 日
		大正 昭和 平成 年 月 日 ( 歳)	年 月 日
接種医療 機関名	●●クリニック		
接種料金	6,480 円		
振込先 金融機関	●● 銀行 (信金)・農協 上川 店 (支店)・支所 ・ゆうちょ銀行		
	口座番号 (普通・当座)	●●●●●●●●	
	口座名義 (フリガナ)	カミカワ マチエ 上川 町江	

※ 添付書類

1. 予防接種を行った医療機関が発行した領収書 (写し可)
2. 予防接種を行った医療機関から予診票を受け取った場合は、その予診票 (写し可)

助 成 額	円 ※記入しないでください
-------------	------------------

上川町高齢者の肺炎球菌ワクチン予防接種費用助成実施要綱  
様式第1号（第4条関係）

上川町高齢者の肺炎球菌ワクチン予防接種費用助成交付申請書

年 月 日

上川町長 様

申請者

住所 上川町

氏名 ㊟

以下のとおり、高齢者の肺炎球菌ワクチン予防接種費用の助成交付を申請します。

予防接種を受けた方	氏名	生年月日	接種日
		大正 昭和 年 月 日 ( 歳) 平成	年 月 日
		大正 昭和 年 月 日 ( 歳) 平成	年 月 日
		大正 昭和 年 月 日 ( 歳) 平成	年 月 日
接種医療機関名			
接種料金	円		
振込先金融機関	<p style="text-align: center;">銀行・信金・農協 ・ゆうちょ銀行</p> <p style="text-align: right;">店・支店・支所</p> <p>口座番号（普通・当座） _____</p> <p>口座名義（フリガナ） _____</p>		

※ 添付書類

1. 予防接種を行った医療機関が発行した領収書（写し可）
2. 予防接種を行った医療機関から予診票を受け取った場合は、その予診票（写し可）

助成額	円
※記入しないでください	