

別記様式（第7条関係）

高齢者用肺炎球菌ワクチン接種助成金請求書

年 月 日

北栄町長 様

請求者 住所 北栄町  
氏 名



次のとおり高齢者用肺炎球菌ワクチン接種に係る助成金を請求します。

助成金支給決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料その他について、各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。

記

助成金請求金額	3,000円		
予防接種実施年月日	年 月 日		
予防接種実施医療機関			
対象者	住所	〒 北栄町	
	氏名	電 話	
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	

【添付書類】 高齢者用肺炎球菌ワクチン接種を受けた医療機関の発行する接種済証

上記に関する助成金を下記の口座に振り込んで下さい。

口座振込依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 支所 出張所	種目	1 普通	2 当座	3 その他
	口座番号					
フリガナ						
口座名義人						

市町村  
確認欄

--