

高齢者インフルエンザ及び新型コロナウイルス予防接種助成金請求書

令和 年 月 日

北栄町長 様

請求者 住 所 北栄町
氏 名

次のとおりインフルエンザ又は新型コロナウイルス予防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		高齢者インフルエンザ	円
		新型コロナウイルス	円
		助成金合計 円	
予 防 接 種 実 施 年 月 日		高齢者インフルエンザ	令和 年 月 日
		新型コロナウイルス	令和 年 月 日
予 防 接 種 実 施 医 療 機 関		高齢者インフルエンザ	
		新型コロナウイルス	
対 象 者	住 所	〒 北栄町 電 話	
	氏 名		
	生 年 月 日	明治・大正・昭和 年 月 日	

【添付書類】 インフルエンザ予防接種を受けた医療機関の発行する接種済証
新型コロナウイルス予防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