

様式第4号（第6条関係）

飛島村指定外医療機関予防接種費用助成金申請書（請求書）

年 月 日

飛島村長 様

住所 _____

氏名 _____ ⑩

続柄 本人 その他（ _____ ）

連絡先 _____

飛島村指定外医療機関予防接種費用助成金交付要綱第6条の規定に基づき、下記のとおり請求します。

記

ふりがな 被接種者氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	生年月日	大正・昭和・平成・令和・西暦 年 月 日	歳	
請求金額	金 円也				
種類	<input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）				
接種日	年 月 日				
添付書類	領収書 予防接種済証明書（高齢者インフルエンザ・高齢者肺炎球菌感染症のみ）				
振込先	金融機関名			預金種別	
	銀行 信用金庫 農協			支店 普通・当座	
	口座番号			口座名義人	
				(フリガナ)	
※口座は、被接種者又は親権者の名義で記入のこと					

備考 高齢者インフルエンザ・高齢者肺炎球菌感染症以外の予防接種の助成については、接種を確認できる母子健康手帳等を窓口で提示してください。

任意予防接種費用助成金を上記の振込先に振込むことを承諾します。

氏名 _____ ⑩