様式第１号（第３条関係）

飛島村任意予防接種費用助成金交付申請書（請求書）

年　　月　　日

飛島村長　　　　　　　　　　　様

申請者　住所

氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 連絡先　 　 　－　　 　－

　飛島村任意予防接種費用助成要綱第３条の規定に基づき、下記のとおり申請及び請求します。

　また、申請の審査に必要な場合は住民基本台帳を閲覧すること及び接種した医療機関へ問い合わせることを同意します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ被接種者氏名 | □申請者と同じ | 生年月日 | 年　 月　　日 | 　　　　　　歳 |
| 予防接種の種類 | 接種日 | 助成金額 |
| □インフルエンザ | 年　　月　　日 | （上限2,000円）　　　　　　　　　 円 |
| □高齢者肺炎球菌 | 年　　月　　日 | （上限6,000円）　　　　　　　　　 円 |
| □シングリックス（帯状疱疹不活化ワクチン） | 1回目　　　　年　 月　　日 | （上限11,000円）  円 |
| 2回目 年　 月 日 | （上限11,000円）　　　　　　　　　円 |
| □ビケン（水痘生ワクチン） | 年 　月　 日 | （上限3,500円）  円 |
|  |  | 合計　　　　　　　　　円 |
| 振　込　先 | 金融機関名 | 預金種別 |
| 銀行　　　　　　　　　　本店信用金庫・　　　　　　　支店農協　　　　　　　　　　支所 | 普通　・　当座 |
| 口座番号 | 口　座　名　義　人 |
|  |  |  |  |  |  |  | （フリガナ） |
|  |

＊添付書類　領収書

* 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