

別記様式 2 (第4条関係)

予 防 接 種 費 助 成 申 請 書 兼 請 求 書

予 防 接 種 を 受 け た 者	住 所	那珂川町			
	フリガナ				
	氏 名				
	生年月日	年 月 日			
	電話番号				
予 防 接 種 を 受 け た 日	年 月 日 / 年 月 日				
予 防 接 種 の 種 類 (接種を受けたものに○をつける)	インフルエンザ ・ 高齢者用肺炎球菌 ・ 新型コロナ 帯状疱疹 (生ワクチン) ・ 帯状疱疹 (組換えワクチン)				
医 療 機 関 及 び 医 師					
予 防 接 種 に 要 し た 金 額	インフルエンザ	高齢者用肺炎球菌	新型コロナ	帯 状 疱 疹	合 計
	円	円	円	円	円
振 込 金 融 機 関	( ) 銀行・農協・信組				支店
フ リ ガ ナ					
口 座 名 義	(被接種者)				
口 座 種 別	普通 当座				
口 座 番 号					

◎ 予防接種予診票・領収書を添付して下さい。

◎ 接種後60日以内に健康福祉課窓口まで提出してください。

上記のとおり予防接種を受けたので、助成金を支給されたく請求いたします。

年 月 日

那珂川町長 様

被接種者名

㊞

(町記入)

助 成 決 定 額	円
-----------	---