

年 月 日

甲佐町長 様

甲佐町インフルエンザワクチン任意接種費用助成金（償還払）申請書兼請求書

申請者 住所

氏名

（被接種者との続柄： ）

電話番号

（ふりがな）		生年月日	年 月 日
被接種者氏名			（ 歳 か月）

接種費用として、下記のとおり請求します。

記

※太枠のみご記入ください。

ワクチンの種類	接種費用	接種費用の 半額	助成上限額	決定額
	円	円	円	円
	円	円	円	円

決定額合計 円

決定に際しては、下記口座にお振込みください。 ※ご記入ください。

振込先	銀行・ 信用金庫・ 農協の場合	銀 行 信用金庫 農 協		本 店 支 店 支 所	
		預金種別	普通・当座・貯蓄	口座番号	
	ゆうちょ銀行	店番		口座番号	
口座名義人	（ふりがな）				
	氏名				

<添付書類>

- ☐ 接種した医療機関の領収書の原本（接種した予防接種の種類が分かるもの）
☐ 申請者の身分を証明できるものの写し（マイナンバーカード、運転免許証等）
☐ 振込先が確認できるものの写し