

様式第2号（第8条関係）

インフルエンザ予防接種・新型コロナウイルス感染症予防接種費用助成申請書兼請求書

令和 年 月 日

高根沢町長 加藤 公博 様

予防接種に係る助成金の交付を受けたく、領収書を添えて次のとおり申請及び請求いたします。

申請者（被接種者）名

住 所 高根沢町

氏 名

生年月日 年 月 日（満 歳）

電話番号

ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> インフルエンザ	<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症
接種年月日	令和 年 月 日 (接種時年齢 歳)	令和 年 月 日 (接種時年齢 歳)
接種医療機関	所在 名称 代表者	所在 名称 代表者
① 医療機関に 支払った額	円	円
② 町が定める 接種費用の額	円	円
③ 自己負担額	円	円
④ 助成額 (①と②のいずれか低い額-③)	(A) 円	(B) 円
助成金申請額合計（請求額） (A) + (B)		円

【振込先金融機関】

金融機関名	銀行	本店 支店 支所 出張所	口座番号	
	農協		フリガナ	
	信用組合 信用金庫		口座名義	

※ 医療機関に支払った額を証する領収書及び予診票の写しを添付してください。