

様式第4号（第8条関係）

三戸町予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

令和 年 月 日

三戸町長 様

三戸町予防接種費用助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請いたします。
 なお、助成金の交付の決定があったときは、下記の振込先に助成金を交付するよう請求
 します。

また、三戸町が助成の要件を満たしているかを確認する必要がある場合は、医療機関
 等に対して、被接種者の予防接種内容を照会することについて同意します。

○被接種者

フリガナ		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
氏名	(印)		
生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日		
住所	〒		
電話番号			
接種医療機関名			
予防接種種別	<input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 帯状疱疹 <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（以下「新型コロナ」という。）		

※被接種者以外が申請する場合

代理人氏名		被接種者との 関係（続柄）	
生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日		

○振込先

金融機関名	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 信金	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店
口座種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> その他	口座番号
フリガナ		
口座名義人		

※被接種者と口座名義人が異なる場合の理由

<input type="checkbox"/> 被接種者の死亡 <input type="checkbox"/> 被接種者が口座を持っていない <input type="checkbox"/> その他（ ）
--

〈注意事項〉 ・ □欄は、該当する箇所に✓してください。

・ 領収証原本、予診票又は接種済証の写し、通帳の写しを添付してください。

※以下には記入しないでください。

予防接種種別	接種年月日	接種料金A	自己負担額B	申請額A－B
高齢者肺炎球菌	令和 年 月 日			
帯状疱疹①	令和 年 月 日			
帯状疱疹②	令和 年 月 日			
インフルエンザ	令和 年 月 日			
新型コロナ	令和 年 月 日			