

様式第1号（第4条関係）

宝達志水町肺炎球菌予防接種費用助成金支給申請書

年 月 日

宝達志水町長 様

申請者 住 所 _____
 氏 名 _____
 （申請人が本人以外の場合、続柄 _____）
 電話番号 _____（ ） - _____

宝達志水町肺炎球菌予防接種費用助成事業実施要綱に基づき、助成を受けたいので申請します。

フリガナ		生年月日
接種者の 氏名		年 月 日 (歳)
住所 (申請者と同一の 場合は記載不要)	〒 _____ 電話 () - _____	
過去に、肺炎球菌予防接種を受けたことがありますか。	はい ・ いいえ	
はいと回答された方は、前回の接種日をご記入ください。	年 月 日	
振込先	金融機関名	銀行 信用金庫 農 協 本店 支店 出張所
	預金種別	普通・当座 口座番号
	フリガナ	
	口座名義人	

- 【添付書類】
- 予防接種の種類や接種を受けたことが明記された書類（明細書等）
 - 接種した医療機関が発行した領収証の原本
 - 通帳の写し等、振込先の情報が分かる書類
 - その他町長が必要と認める書類

※家族等が申請者になる場合は、下記の署名欄に本人が署名してください。

委任状	
	年 月 日
私は、上記に係る助成金の申請又は受領の権限を申請者に委任します。	
(住所) _____	
(氏名) _____	印 _____ (申請者との続柄)