

別記様式(第4条関係)

益城町インフルエンザ及び高齢者の肺炎球菌感染症の予防接種費補助金交付申請書

令和 年 月 日

益城町長 西村 博則 様

住 所 益城町

氏 名

印

昼間連絡がとれる電話番号

下記のとおり、予防接種を受けたので、益城町インフルエンザ及び高齢者の肺炎球菌感染症の予防接種費補助金交付要綱第4条の規定により、予防接種費補助金を交付されるよう申請します。

補助金申請額 金 円

振込希望口座（本人口座）

銀行	本店	普	口座 番号
信用金庫	支店	・	フリガナ
農協	支所	当	口座 名義人

医療機関
証明欄

【医療機関へのお願い】

これは、予防接種を受けた接種者へ、益城町が定めた補助金を支払うものです。
お手数ですが下記欄にご記入（証明）をお願いします。

記

予防接種の種類 (どちらかに○を)	・ インフルエンザ ○ 高齢者の肺炎球菌感染症	接 種 年 月 日	年 月 日
被 接 種 者	住 所		
	氏 名		
	生年月日	年 月 日	
予 防 接 種 料 金	金	円	

上記のとおり相違ありません。

年 月 日

(接種医療機関)

住所

医療機関名

電話番号

印

益城町長 西村 博則 様