

様式第1号（第4条関係）

肺炎球菌予防接種費助成申請書

年 月 日

基山町長 様

申請者 住 所 基山町

氏 名 印

電話番号

予防接種を受けたので、基山町肺炎球菌予防接種費助成要綱第4条の規定により、次のとおり申請します。また、内容に虚偽がないことを併せて宣言します。

予 防 接 種 を 受 け た 人	氏 名					
	生年月日	大正・昭和	年	月	日	
予 防 接 種 を 受 け た 日		年	月	日	回数	回目
予 防 接 種 を 受 け た 医 療 機 関 名						
予 防 接 種 支 払 金 額						円

振 込 先 金 融 機 関 名	銀行・信用金庫 農協・信用組合				
	支店・本店 支所・出張所				
(フリガナ)					
口 座 名 義					
口 座 種 別	普 通 ・ 当 座				
口 座 番 号					

※ 口座名義は、申請者と同一をお願いします。

※ (添付書類) 医療機関発行の領収書 (原本) または、領収証明書