

遠軽町肺炎球菌予防接種助成申請書

年 月 日

遠軽町長 様

| | |
|---------|--------------------|
| 住 所 | |
| 氏 名 | ㊟ |
| 電 話 番 号 | () - |
| 生 年 月 日 | 明・大・昭・平 年 月 日 (歳) |

連絡先が上記以外の場合、記載してください。

| | |
|---------|-------|
| 連絡先氏名 | |
| 電 話 番 号 | () - |

肺炎球菌予防接種費用の助成を受けたいので、領収書等を添えて接種費用の助成を申請します。

1 申請額（助成額） _____ 円

2 予防接種の区分 ※ 該当欄に○印を付けてください。

| | |
|--|---------------------------------|
| | 満65歳以上 |
| | 満60歳以上65歳未満 心臓・腎臓・呼吸器の機能障害 |
| | 満60歳以上65歳未満 ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害 |

3 振込先 ※ 助成金をお受け取りになる金融機関、口座番号などを記載してください。

| | | |
|-------------|-------|-------------------------|
| 金融機関 | _____ | 銀行 信用金庫 農業協同組合 労働金庫 () |
| 店 舗 名 | _____ | 本店 支店 本所 支所 () |
| 口座番号（普通・当座） | _____ | |
| 名義人（カタカナ） | _____ | |