

別記用紙（第4条関係）

遠軽町新型コロナウイルス感染症予防接種助成申請書

年 月 日

遠軽町長 様

新型コロナウイルス感染症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。

住 所	遠 軽 町					連絡先電話番号	
申請者名							
ワクチンを接種した方	生年月日	年齢	性別	ロット No	※助成額	※摘 要	
フリガナ	明 ・ 大 ・ 昭		男 女		一部	65 歳以上	
	年 月 日				全額	60 歳以上 65 歳未満	
					(円)	生活保護世帯	
フリガナ	明 ・ 大 ・ 昭		男 女		一部	65 歳以上	
	年 月 日				全額	60 歳以上 65 歳未満	
					(円)	生活保護世帯	
フリガナ	明 ・ 大 ・ 昭		男 女		一部	65 歳以上	
	年 月 日				全額	60 歳以上 65 歳未満	
					(円)	生活保護世帯	
フリガナ	明 ・ 大 ・ 昭		男 女		一部	65 歳以上	
	年 月 日				全額	60 歳以上 65 歳未満	
					(円)	生活保護世帯	
※印の欄は、遠軽町の記載欄ですので、何も記載しないでください。					※助成額計	円	

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）	_____					