

様式第2号(第6条関係)

高根沢町高齢者肺炎球菌ワクチン接種費助成申請書					
令和 年 月 日					
高根沢町長 加藤 公博 様					
申請者 住所 高根沢町					
氏名 印					
被 接 種 者	ふりがな				
	氏名	(男・女)		年 月 日 (満 歳)	
振込金融機関名		銀行	本店	口座番号	
		農協	支店	ふりがな	
		信用組合	支所	口座名義	
		信用金庫			

※申請者の口座でお願いします。

※ この申請書には医療機関に支払った額の領収書を添付してください。

接種医療機関		予防接種日
住所 医療機関名	年 月 日	

※この欄は記入しないでください。

決 裁	所長	係長	係		伺	令和 年 月 日
					決定	令和 年 月 日
						支払
審 査 結 果	生活保護(受給 受給なし) 1 承認 2 不承認(理由)				接種年齢	歳
					接種料金	円
					支給金額	円

生活保護被保護者は8,800円まで助成。それ以外の者は接種料金から4,000円を差し引いて4,800円まで助成。