

年 月 日

高齢者肺炎球菌予防接種費助成金交付申請書兼請求書

清須市長 様

申請者 住 所  
氏 名  
(自署の場合、押印不要)  
電話番号

清須市高齢者肺炎球菌予防接種費助成に関する要綱第10条第2項の規定に基づき次のとおり助成金を請求します。

被接種者氏名			
生年月日	年 月 日生( 歳)		
住 所	清須市	電話( )	
接種実施年月日	年 月 日		
医療機関名			
医療機関住所			
免除資格	有 ・ 無		
支払金額	円		
金融機関	銀行 信用金庫 農協 店		
	当座・普通	口座番号	
		ふりがな	
	口座名義		

- ※ 添付書類：予防接種を受けたことを証明する書類・領収証明(予診票の領収証明欄に医療機関の領収印があるもの又は医療機関で発行された領収書)
- ※ この申出により、関係各課の職員が免除該当者等の調査・確認するため、私及び私の属する世帯の世帯員の個人情報を使用することに同意します。

助成金交付決定額	*この欄には記入しないでください。 円
----------	------------------------