

高齢者新型コロナワクチン接種費助成金請求書

清須市長 様

申請者 住 所  
氏 名  
電話番号

清須市高齢者新型コロナワクチン接種費助成に関する要綱第9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。

また、職員が免除該当者等の調査・確認をするため、接種者及び接種者の属する世帯の世帯員の個人情報を見ることがあります。

接種者名			
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
医療機関等名			
医療機関等住所			
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)

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