

様式第2号（第6条関係）

木城町任意予防接種費用助成金請求書

年 月 日

木城町長 殿

関係書類を添えて任意接種費用の助成を申請します。

木城町がこの申請に必要な情報について調査をすること、医療機関に予防接種情報等について照会することに同意します。

予防接種費用の1/2が8000円未満の場合は窓口で支払った金額を記入

■太枠内をご記入ください。

請求金額	金	8	0	0	0	円 ※右詰記入
接種したワクチン ※いずれかに○	1. 季節性インフルエンザ⇒ ①19歳～64歳以下 ②妊婦 2. 带状疱疹⇒ ①水痘ワクチン ②带状疱疹ワクチン(1回目 / 2回目) 3. 新型コロナウイルス⇒ ①12歳以上 ②12歳未満(追加 / 初回1 / 初回2 / 初回3) 4. RSウイルス(妊婦)					

申請者	(フリガナ)	キジョウ △△	被接種者との続柄	本人・その他( ) ※○または( )に記入
	氏名	木城 △△		電話番号
	住所	〒884-0101 木城町大字高城○○○番地		
被接種者	(フリガナ)	キジョウ △△	生年月日	昭和○○年 △月 □□日
	氏名	木城 △△		住所
	住所			

振込口座 申請者名義	金融機関名	○○	銀行 金庫 農協	支店名	△△	本店 支店 出張所	
	預金種別 ※いずれかに○	1. 普通 2. 当座					
	口座名義 ※カナで記入	キジョウ △△					
	口座番号	○	○	○	○	○	○

※申請者氏名と振込先の口座名義人が同一になるようにする

チェック欄	確認書類	助成決定額
	予防接種済証	円
	健康手帳等	
	領収書	
	振込先通帳	

受付日	年 月 日
受付番号	
福祉保健課(保健センター)	

添付書類（貼付欄）

A large, empty rectangular box with a dashed border, occupying most of the page below the header. This box is designated for pasting additional documents or attachments.