

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。

■太枠内をご記入ください。

請求金額	金						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 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)						

申請者	(フリガナ)		被接種者 との続柄	本人 ・ その他() ※○または()に記入
	氏名		電話番号	() -
	住所	〒 - 木城町大字		
被接種者	(フリガナ)		生年月日	年 月 日
	氏名			
	住所	いずれかに☑(チェック)を入れてください。 □申請者と同じ □申請者と異なる(〒 - 木城町大字)		

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				
	口座番号				

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）