様式第５号

予防接種費補助金交付申請書兼請求書

年　　月　　日

阿 久 比 町 長 殿

申請者　住 所

（請求者）氏 名

電話番号（　　）　　―

続柄

阿久比町定期予防接種費補助金交付要綱第７条の規定に基づき補助を受けたいので、下記のとおり申請及び請求します。なお、審査のため、必要な情報を確認されることに同意します。

接種を受けた者の氏　名		生年月日（年齢）	年　月　日 （　　歳）
負担金免除資格 （該当する区分があれば、☑してください）	高齢者肺炎球菌・高齢者インフルエンザ ☐　非課税世帯　　☐生活保護世帯		
実施医療機関名			

予防接種名	接種日	支払料金	町の契約単価	請求金額
	年　月　日	円	円	円
	年　月　日	円	円	円
	年　月　日	円	円	円
	年　月　日	円	円	円
	年　月　日	円	円	円
	年　月　日	円	円	円
補助金請求額	円		補助金決定額	円

振込先	金融機関名	銀　行　　本店 信用金庫　　支店 農業協同組合								
	口座種別	普通・当座	口座番号							
	ふりがな 口座名義									

※申請者は、先に通知した予防接種費補助対象者としてください。また、振込先も申請者名義の口座をご記入ください。

〔職員記入欄〕

持ち物確認	☐申請者身分証明書 ☐接種済予診票　☐領収書	受付者	

※負担金免除対象者については、申請者の本人確認を行ってください