

(高齢者用)

双葉町予防接種助成金交付申請書

平成 年 月 日

双葉町長 様

予防接種を受けたので、関係書類を添えて助成金の交付申請をします。

申請者	氏名	(印)	
		予防接種を受けた方との続柄 ()	電話
	住所	双葉町	
	避難先住所		
予防接種を受けた方 ※申請者と異なる場合のみ記入	※氏名		
	※住所	双葉町	
	生年月日	年 月 日 (歳 ヶ月)	
予防接種名	インフルエンザワクチン	高齢者肺炎球菌ワクチン	
接種年月日日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	
接種医療機関名			
自己負担額	円		円
振込先口座情報 申請者名義の口座 をお願いします。	金融機関名	銀行 信用金庫 農協	本店 支店 店番(郵貯のみ)
	預金種別	普通・当座	
	フリガナ		
	口座名義人		
	口座番号		

【双葉町記入欄】

助成対象額	助成決定額
円	円

(添付書類)

- ①予防接種に係る領収書(接種者本人の名前と接種年月日がわかるもの)
- ②予防接種を受けた証明となるもの(予診票・予防接種済証のいずれか)