

(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	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)