

遠軽町肺炎球菌予防接種助成申請書

年 月 日

遠軽町長 様

住 所	
氏 名	(自署)
電 話 番 号	() -
生 年 月 日	年 月 日 (歳)

連絡先が上記以外の場合、記載してください。

連絡先氏名	
電 話 番 号	() -

肺炎球菌予防接種費用の助成を受けたいので、領収書等を添えて接種費用の助成を申請します。

1 申請額（助成額） _____ 円

2 予防接種の区分 ※ 該当欄に○印を付けてください。

65歳の方	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者 (全額助成)
60歳以上65歳未満 心臓・腎臓・呼吸器の機能障害	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者 (全額助成)
60歳以上65歳未満 ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者 (全額助成)

＊接種年月日 _____ ロットNo. _____

3 振込先 ※ 助成金をお受け取りになる金融機関、口座番号などを記載してください。

金融機関	_____	銀行 信用金庫 農業協同組合 労働金庫 ()
店 舗 名	_____	本店 支店 本所 支所 ()
口座番号 (普通・当座)	_____	
名義人 (カタカナ)	_____	