

様式第2号(第8条関係)

【世帯番号                      —                      —                      】

|     |   |
|-----|---|
| No. | — |
|-----|---|

新型コロナウイルスワクチン予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

年                      月                      日

宛先 川根本町長

申 請 者 住 所 川根本町.....

(被接種者) 氏 名 .....

生年月日 .....年.....月.....日

電話番号 .....(..... — .....)

| 接種回数 | 接 種 日       | 接種料金 A | 自己負担金 B | 助 成 額 A-B |
|------|-------------|--------|---------|-----------|
| 1 回  | 年    月    日 | 円      | 円       | 円         |
| 2 回  | 年    月    日 | 円      | 円       | 円         |
| 合 計  |             | 円      | 円       | 円         |

|           |                    |                          |
|-----------|--------------------|--------------------------|
| 振込先金融機関名  | 銀 行<br>信用金庫<br>農 協 | 本 店<br>支 店<br>支 所<br>出張所 |
| 口 座 番 号   | 普通 ・ 当座            |                          |
| フリガナ      |                    |                          |
| 口 座 名 義 人 |                    |                          |

※接種医療機関の予防接種料金領収書及び予防接種済証を添付してください

町確認

| 助成該当区分                    | 全額・一部                                            | 全額助成該当事由 | 生活保護受給者 |
|---------------------------|--------------------------------------------------|----------|---------|
| 確認した接種<br>助成対象者<br>(○で囲む) | ① 60歳以上65歳未満の一部の者<br>② 65歳以上の者<br>③ 生活保護を受給している者 |          |         |
| 交 付 決 定 額                 |                                                  | 円        |         |