

様式2 (第7条関係)

予防接種費用助成申請書

令和 年 月 日

富岡町長 山本育男様

申請者住所 富岡町

申請者氏名

電話番号 () -

被接種者氏名 (男・女)

被接種者生年月日 大正・昭和 年 月 日 (満 歳)

予防接種助成金は、下記金融機関の口座にお振込下さい。

振込先口座	金融機関名	銀行 本店 信用金庫 支店 農協 店番 (郵貯銀行のみ)
	預金種別	普通・当座
	口座番号	
	フリガナ	
	口座名義人	

* 予防接種助成金は、医療機関に支払った金額になります。

<p>予防接種実施証明書</p> <p>上記の者の予防接種を実施したことを証明いたします。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>医療機関住所</p> <p>医療機関名</p> <p>医師名 ④</p>		
予防接種名 高齢者インフルエンザ	接種年月日 令和 年 月 日	
ワクチン名 Lot, No.	接種量 ml	予防接種実費徴収額 円
(備考) その他 ()		

* 添付書類

- ① ワクチン接種に係る領収書 (接種者本人の氏名と接種年月日がわかるもの)
- ② ワクチン接種に係る予診票の写し