

豊浦町肺炎球菌予防接種費用助成申請書

被接種者	フリガナ		生年月日	年	月	日生
	氏名			(歳)
	住所	〒049- 電話番号 () - 豊浦町字				
接種日						
接種費用		円				

豊浦町長 様

肺炎球菌予防接種費用について、償還払を申請します。

年 月 日

申請者氏名 (印)

※被接種者と同じ場合は記入不要

申請者住所 〒049- 電話番号 () - 豊浦町字

申請者以外の口座に振り込む場合は、下記に記入してください。

住所 豊浦町字

上記申請額の受領を に委任します。

氏名 (印)

住所 豊浦町字

委任者 氏名 (印)

口座振替 依頼欄	銀行 信金 農協 漁協	本店 支店	種目	口座番号					
			1普通預金 2当座預金 3その他						
フリガナ									
口座 名義人									

※添付書類：当該申請の対象であるワクチン接種の領収書及び接種済証等接種を証明する書類