

様式第1-1号(第6条関係)

羽咋市任意予防接種費用助成金交付申請書

令和 年 月 日

羽咋市長

住 所 羽咋市 町

申請者名

(接種者との続柄 _____)

電話番号 ()

下記の任意予防接種費用の助成を受けたいので、羽咋市任意予防接種費用助成金交付要綱第6条第1項の規定により、接種を証明できる書類(接種済証や予診票の写しなど)及び領収書を添えて申請します。

請求額 円

1 予防接種を受けた者

予防接種の種類	氏 名/生年月日		接種回数	接種日	助成額
高齢者肺炎球菌 ワクチン	氏名		1回目	令和 年 月 日	3,000 円
	大・昭 年 月 日生				
带状疱疹 ワクチン	生	氏名		1回目	令和 年 月 日 3,000 円
		大・昭 年 月 日生			
	不活化	氏名		1回目	令和 年 月 日 6,000 円
		大・昭 年 月 日生		2回目	令和 年 月 日 6,000 円
新型コロナワクチン	氏名		1回目	令和 年 月 日	3,000 円
	大・昭・平 年 月 日生				

2 振込口座

銀行 信用金庫 農 協	本店 支店	フリガナ
		名義人
普通・当座 口座番号	大・昭・平 年 月 日生	

*郵送の場合は、振込口座の写しも同封してください。

羽咋市任意予防接種費用助成金交付申請書

【記入例】

令和〇〇年〇〇月〇〇日

羽咋市長

住所 羽咋市 旭 町 ア200

申請者名 羽咋 太郎

(接種者との続柄 夫)

電話番号 (22) 1115

下記の任意予防接種費用の助成を受けたいので、羽咋市任意予防接種費用助成金交付要綱第6条第1項の規定により、接種を証明できる書類(接種済証や予診票の写しなど)及び領収書を添えて申請します。

請求額 〇〇〇〇 円

1 予防接種を受けた者

予防接種の種類	氏名/生年月日	接種回数	接種日	助成額	
高齢者肺炎球菌 ワクチン	氏名 羽咋 花子	1回目	令和 2年 11月 11日	3,000 円	
	大・昭 30年 1月 1日生				
带状疱疹 ワクチン	氏名	1回目	令和 年 月 日	3,000 円	
	大・昭 年 月 日生				
	不活化	氏名	1回目	令和 年 月 日	6,000 円
		大・昭 年 月 日生	2回目	令和 年 月 日	6,000 円
新型コロナワクチン	氏名	1回目	令和 年 月 日	3,000 円	
	大・昭 年 月 日生				

2 振込口座

〇〇	銀行 信用金庫 農協	△△	本店 支店	フリガナ ハクイ ハナコ
普通当座	口座番号	1234567	大・昭・平 30年 1月 1日生	名義人 羽咋 花子

*郵送の場合は、振込口座の写しも同封してください。