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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |
| 帯状疱疹ワクチン | 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 |

１　予防接種を受けた者

２　振込口座

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 　 | 銀　　行信用金庫農　　協 | 本店支店 | ﾌﾘｶﾞﾅ |
| 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。**