

様式第 1 号(第 5 条関係)

申請日 年 月 日

美里町長 様

美里町高齢者の肺炎球菌感染症予防接種補助金交付申請書

このことについて、下記のとおり補助金を交付されるよう美里町補助金等交付規則第 3 条及び美里町高齢者の肺炎球菌感染症予防接種補助金交付要綱第 5 条の規定により申請します。

申 請 額 金 円

住 所 美里町 番地

申請者氏名 ⑩ 個人番号

(被接種者)

生 年 月 日 明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)

添付書類

- (1) 予防接種の費用の領収書
- (2) 予防接種を受けたことを証明する書類

注意点 申請書の受付は接種を受けた日から 6 ヶ月以内とします。

高齢者の肺炎球菌感染症予防接種費補助金請求書

金額							円
----	--	--	--	--	--	--	---

美里町長 様 上記のとおり請求します。 年 月 日		住 所		請求印
交付決定日 年 月 日		氏 名		
		電話番号		
支払 方法	窓口	銀行・信金 支店		
	振込	普通・当座 No. 口座名義人(カナ)		
		肥後 甲佐・砥用 熊本宇城農協 下東支所		

※請求書に記入する氏名・口座名義人には、申請者の氏名を記入して下さい。