

成人用肺炎球菌予防接種助成金交付申請書兼請求書

令和〇年〇月〇日

古河市長 宛て

申請（請求）者（住所）古河市下大野2248
（氏名）古河 太郎 印
※自署又は記名押印
（接種者との続柄）本人
（電話番号）92-3111

申請者と口座名義人は
同じ人をお願いします

古河市成人用肺炎球菌予防接種実施要綱の規定に基づき、次のとおり申請（請求）します。

助成金3,000円をご記入ください
※生活保護受給世帯の接種対象者は
全額をご記入ください。

- 1 申請（請求）額 3,000 円
- 2 申請（請求）内訳

あてはまる所へ〇をして
ください

接種者氏名	生年月日	申請理由	金額（円）
古河 太郎	昭和〇年4月2日 (71歳)	生活保護世帯以外の接種対象者 生活保護世帯の接種対象者	3,000
	年 月 日 (歳)	生活保護世帯以外の接種対象者 生活保護世帯の接種対象者	

- 3 添付書類
(1) 医療機関が発行した領収書（接種ワクチン名及び接種対象者氏名が記載されたもの）
(2) 予診票又は接種済証等の接種記録が分かるものの写し
(3) その他市長が必要と認める書類

4 振込先

金融機関名	〇〇 銀行 信用金庫・信用組合・農協	〇〇 支店 出張所・支所
預金種別	普通・当座	口座番号 1234567
ふりがな 口座名義	こが たろう 古河 太郎	