

由利本荘市 予防接種(高齢者)助成金交付申請書兼請求書

令和 年 月 日

(あて先)由利本荘市長

関係書類を添えて、予防接種(高齢者)費用の助成を申請・請求します。

助成金申請・請求額 円

予防接種名	1回上限金額	助成額	接種年月日
ニューモバックスNP	3,000 円	円	. .
インフルエンザ HAワクチン	1,000 円	円	. .
ニューモバックスNP	全 額 ※生活保護世帯	円	. .
インフルエンザ HAワクチン		円	. .

※太枠内は申請時に関係書類を確認の上記載していただきますので、空欄のままご持参ください。

申請者住所 〒 _____
由利本荘市

申請者氏名 _____ 申請者の続柄 _____
(接種者からみて)

申請者電話番号 _____

接種者氏名 _____

接種者生年月日 大正・昭和 年 月 日

金融機関名	銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所	預金 種別	普通・当座
口座番号	(ふりがな) 口座名義人			

※申請者氏名と口座名義人は同一の方をご記入ください。

【誓約・同意事項】 ※該当する項目に☑を入れてください。

本申請に係る住民基本台帳及び医療機関等における情報について、由利本荘市が必要と認める場合は調査を行うことに同意しますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
申請内容に偽りがあった場合や相違があり支給要件に該当しなかった場合には、支給済みの費用を返還することに同意しますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ