五霞町長 様

五霞町高齢者等予防接種費用助成申請書兼請求書

五霞町高齢者等予防接種費用助成事業実施要綱(令和6年五霞町告示第18号)第6条の規定により、下記のとおり申請します。なお、支給を決定した後は、指定する口座への振り込みにより支給されるよう請求します。

記

1 申請者

住 所	五霞町		
氏 名			
生年月日	年 月 日 (歳)	電話番号	
予防接種の種類		接種日	年 月 日
医療機関等 (住所・名称)			
代理人氏名		続柄	

自署できない場合には、代理人が署名し、代理人氏名及び申請者との続柄を記載してください。

2 申請する助成金の額 _____ 円

3 助成金の振込を指定する口座

振込先	銀行 農協	信用組合 信用金庫	本店 支店
預金種目	普通・当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			
委任状			
私は、上記の口座名義人に助成金の受領を委任し、その口座に助成金が振り込まれることをもって助成金を受領したものと認めます。			
(申請者)			印
※申請者と口座名義人が異なる場合、氏名を記入した上押印してください。			

※予防接種予診票(写し可)及びワクチン接種の費用の支払が確認できる領収書等を添付してください。

町確認欄

住基 生活保護世帯