

明和町新型コロナウイルス感染症予防接種費用助成金交付申請書

年 月 日

明和町長あて

申請者 住所 明和町

氏名

電話

新型コロナウイルス感染症予防接種費用の助成を受けたいので、下記のとおり申請いたします。

記

被 接 種 者	対象者区分	<input type="checkbox"/> 1歳～18歳(高校3年生) <input type="checkbox"/> 妊婦 <input type="checkbox"/> 障害者手帳所有 <input type="checkbox"/> 母子・父子家庭			
	氏名			生年月日	年 月 日 (歳)
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	明和町		
	接種日	接種医療機関		接種費用	助成額
	年 月 日			円	円

被 接 種 者	対象者区分	<input type="checkbox"/> 1歳～18歳(高校3年生) <input type="checkbox"/> 妊婦 <input type="checkbox"/> 障害者手帳所有 <input type="checkbox"/> 母子・父子家庭			
	氏名			生年月日	年 月 日 (歳)
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	明和町		
	接種日	接種医療機関		接種費用	助成額
	年 月 日			円	円

被 接 種 者	対象者区分	<input type="checkbox"/> 1歳～18歳(高校3年生) <input type="checkbox"/> 妊婦 <input type="checkbox"/> 障害者手帳所有 <input type="checkbox"/> 母子・父子家庭			
	氏名			生年月日	年 月 日 (歳)
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	明和町		
	接種日	接種医療機関		接種費用	助成額
	年 月 日			円	円

接種費用合計額	助成合計額
円	円

助成金振込先	金融機関名	銀行 信用金庫 農協	店 出張所 所	預金種別	1 普通預金 2 当座預金
	口座番号	ふりがな 口座 名義人			

- (注意) 1. 太枠内を記入してください。
2. 裏面に医療機関の領収書を添付してください。

領収書添付欄