

別記様式第1号(第6条関係)

ニセコ町肺炎球菌予防接種費用助成金交付申請書

年 月 日

ニセコ町長 様

申請者 住 所 虻田郡ニセコ町字 番地

氏 名 (印)

個人番号( )

(被接種者との関係 )

ニセコ町肺炎球菌予防接種費用助成事業実施要綱に基づき、接種費用の助成を受けたいので、医療機関の領収書を添えて申請します。

記

助 成 申 請 額	金 円		
被 接 種 者 氏 名		生 年 月 日	
個 人 番 号			
住 所	ニセコ町字 電話 ( )		
接 種 日	年 月 日		
接 種 医 療 機 関 名			

添付書類 医療機関で支払った額の領収書

肺炎球菌予防接種費用助成金を次のとおり振込みください。

振 込 み 銀 行	金 融 機 関 名	銀行・信金・農協	支店
	口 座 番 号	普通・当座	
	口 座 名 義	フリガナ	