

様式第1号(第6条第1項関係)

天龍村高齢者等肺炎球菌予防接種費助成金申請書兼請求書

年 月 日

天龍村長 様

(申請者)

住所

氏名

印

(被接種者との続柄：)

電話番号

天龍村高齢者等肺炎球菌予防接種助成事業実施要綱第6条第1項の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請します。

被接種者	氏名			
	生年月日	年	月	日
予防接種を受けた年月日	年 月 日			
接種の回数 (いずれかに○)	1回目 ・ 2回目			
予防接種を受けた医療機関名				
予防接種費用額	円			
振込先 金融機関	金融機関名	銀行 信用金庫 農協	本店 支店 支所	
	口座番号		種別	普通・当座
	(フリガナ)			
	口座名義人			

(添付書類) 医療機関発行の領収書 (接種の内容が記載されたもの)
接種の記録が確認できる書類の写し (接種済証等)

※助成金の上限額は、村と長野県医師会の契約単価から自己負担分4,000円を控除した額となります。