

様式3 (第7条関係)

新型コロナウイルスワクチン接種費用助成申請書兼請求書

令和 年 月 日

えりも町長 様

住 所 えりも町字

申請者 氏 名

電 話

(世帯主名)

令和6年度新型コロナウイルスワクチン接種費用の助成を受けたいので、次のとおり申請及び請求します。

対象者の氏名・生年月日・世帯主との続柄	接種年月日	区分	接種費用	助成申請 (請求) 額
(大・昭 年 月 日生) 続柄 ()	令和 年 月 日		円	円
(大・昭 年 月 日生) 続柄 ()	令和 年 月 日			
(大・昭 年 月 日生) 続柄 ()	令和 年 月 日			
生活保護世帯該当 (有 ・ 無)	助成申請 (請求) 額 合計			円

■助成対象区分

①65歳以上の者 (第2条第1号) ②60~64歳の重度障害者等 (第2条第2号)

振込金融機関名	口座番号	口座名義人
() 銀行・信金・漁協・農協 本店 ・ () 支店	普通 当座	

次のとおり決定してよいか伺います。	町 長	副町長	課 長	課長補佐	係 長	係
令和 年 月 日						
<input type="checkbox"/> 支 給 <input type="checkbox"/> 不支給						
				支給決定額 円		

※申請書には医療機関から発行される領収書を添付すること