

様式第 3 号（第 5 条関係）

東栄町新型コロナワクチン予防接種費用助成申請書

年 月 日

東 栄 町 長

申請者 住 所 東栄町大字

氏 名 ⑩

電話番号

下記のとおり予防接種をしたので助成金の交付を申請します。

申 請 額	円
接 種 年 月 日	年 月 日
医 療 機 関 名	
接 種 証 明	別添医療機関領収書のとおり

被接種者	氏 名	性 別	生年月日
	フリガナ	男・女	大正・昭和・平成・令和
			年 月 日

振込先	金融機関名	支店名	口座種別
			普通・当座
	口座番号	口座名義（フリガナ）	
		（ ）	

＊医療機関領収書を添付してください。