

大鰐町新型コロナウイルス感染症予防接種償還払費用助成申請書兼請求書

年 月 日

大鰐町長 殿

申請者 住所 大鰐町大字
氏名 _____
被接種者との関係 _____
電話番号 _____

次のとおり、新型コロナウイルス感染症予防接種に係る費用の償還払について、関係書類を添えて申請及び請求します。

なお、交付要件確認のため、町が保有する個人情報を見ることができ、及び医療機関等に問合せをすることに同意します。

フリガナ			生年月日	年 月 日	日生 (歳)
接種者氏名					
接種者住所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ 大鰐町大字				
接種医療機関					
接種日	年 月 日				
振込先	金融機関名		支店名		
	預金種別	普通・当座	口座番号		
	フリガナ			
	口座名義				
※太枠内は町で記入しますので、記入しないでください。					
A本人支払額	B自己負担額	①(A-B)	②償還払上限額	助成申請額 (①と②のいずれか少ない額)	
円	円	円	円	円	

【添付書類】

- 新型コロナウイルス感染症予防接種予診票
- 接種医療機関発行の領収書（予防接種名及び接種日が確認できるもの）
- 振込先の金融機関、支店、預金種別、口座番号、口座名義（カナ）がわかる通帳等の写し