

様式第2号（第8条関係）

## 六ヶ所村新型コロナウイルス感染症任意予防接種費用助成申請書兼請求書

年 月 日

六ヶ所村長 様

申請者 住所  
(請求者) 氏名 印

(接種者との関係： )

六ヶ所村新型コロナウイルス感染症任意予防接種費用助成事業実施要綱第8条の規定により、下記のとおり申請及び請求します。

|                                                                                            |             |                                                                                                                                                              |                                                                                                                   |  |            |  |  |          |       |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------|--|--|----------|-------|--|--|
| 接種者                                                                                        | 住 所         | 六ヶ所村                                                                                                                                                         |                                                                                                                   |  |            |  |  |          |       |  |  |
|                                                                                            | フリガナ<br>氏 名 |                                                                                                                                                              |                                                                                                                   |  |            |  |  | 電話<br>番号 |       |  |  |
|                                                                                            | 生年月日        | 昭和・平成・令和 年 月 日 ( 歳)                                                                                                                                          |                                                                                                                   |  |            |  |  | 性別       | 男 ・ 女 |  |  |
|                                                                                            | 区 分         | 全額助成                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> 生後 6 か月～満18歳 <input type="checkbox"/> 妊婦<br><input type="checkbox"/> 満19歳～満64歳以下の生活保護受給者 |  |            |  |  |          |       |  |  |
| 1 / 2 助成                                                                                   |             | <input type="checkbox"/> 上記以外の方                                                                                                                              |                                                                                                                   |  |            |  |  |          |       |  |  |
| 接種回数                                                                                       | 医療機関名       |                                                                                                                                                              | 接種日                                                                                                               |  | 医療機関で支払った額 |  |  | 助 成 額    |       |  |  |
| 第 回 目                                                                                      |             |                                                                                                                                                              | 年 月 日                                                                                                             |  | 円          |  |  | 円        |       |  |  |
| 第 回 目                                                                                      |             |                                                                                                                                                              | 年 月 日                                                                                                             |  | 円          |  |  | 円        |       |  |  |
| 第 回 目                                                                                      |             |                                                                                                                                                              | 年 月 日                                                                                                             |  | 円          |  |  | 円        |       |  |  |
| 次に該当する場合は✓をしてください。                                                                         |             |                                                                                                                                                              |                                                                                                                   |  |            |  |  |          |       |  |  |
| <input type="checkbox"/> 村以外の者から当該予防接種に対し助成金等の交付を受けている。（交付済み助成金等の額                      円） |             |                                                                                                                                                              |                                                                                                                   |  |            |  |  |          |       |  |  |
| 助 成 額 合 計                                                                                  |             |                                                                                                                                                              |                                                                                                                   |  |            |  |  | 円        |       |  |  |
| 振<br>込<br>先                                                                                | 金 融 機 関 名   | 銀行・信用組合                                              本店・支店<br>(                      )                                              (                      ) |                                                                                                                   |  |            |  |  |          |       |  |  |
|                                                                                            | 預 金 種 別     | 普通・当座                                                                                                                                                        | 口 座 番 号                                                                                                           |  |            |  |  |          |       |  |  |
|                                                                                            | 口 座 名 義 人   | (フリガナ：                                              )                                                                                                        |                                                                                                                   |  |            |  |  |          |       |  |  |

- 【添付書類】 ・ 任意予防接種を受けたことを証明する書類 ・ 振込先口座が確認できる書類  
・ 任意予防接種に要した費用が確認できる書類（領収書等） ・ 妊婦の方は、母子手帳の写し  
・ 生活保護受給者の方は、受給の確認ができる書類

【村記入欄】

|               |    |     |     |     |
|---------------|----|-----|-----|-----|
| 上記請求に基づく助成決定額 | 所長 | 事務長 | 担当者 | 受付者 |
|               |    |     |     |     |