

支給決定 伺	町長	副町長	課長	主査	課長補佐	係長	係	受付
	記入例							

**予防接種費助成申請書**  
(新型コロナウイルスワクチン)

被接種者	川本 太郎	生年月日	昭和●年●月●日
住 所	川本町大字 川本△△番地△△…		
支払費用額	○, ○○○円	接種日	令和■年■月■日
町助成金	9, 600円		
医療機関名 及び住所	○○県○○市○○町○○番地… ○○クリニック		
金融機関	金融機関名 ( ) 預金	普通預金	口座名義 (カタカナ)
	支店名 ( )	入金を希望する講座情報をご記入ください	
		別	

上記医療機関（主治医）に於いて予防接種を受けたので領収書を添付し申請します。尚、振り込みは上記の金融機関へお願いいたします。

年 月 日

住所 川本町大字 川本△△番地△△…

電話番号 000-0000-0000

氏名 川本 太郎 印

川 本 町 長 様

※予診票・領収書のコピーを添付して下さい。

支給決定のために必要ですので忘れず添付してください