

令和 年 月 日

深浦町長 殿

## 後期高齢者医療制度加入者への新型コロナ定期接種 自己負担費用助成金給付に係る申請書

予防接種費用の償還払いを受けたいので、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

被接種者 (申請者)	住所	深浦町大字		
	フリガナ		性別	男 ・ 女
	氏名		生年月日	年 月 日
	連絡先			

接種年月日	ワクチンの種類	期/回数	給付申請額
年 月 日	新型コロナワクチン	1回	円

振込先口座情報	金融機関名	銀行 信用金庫 農 協		本店 支店 店番 (郵貯のみ)
	預金種別	普通 ・ 当座	フリガナ	
	口座番号		口座名義人	

### 【深浦町記入欄】

助成対象額	助成決定額
円	円

(添付書類)

- ① 接種した医療機関の領収書の原本（接種者本人の名前と接種年月日がわかるもの）
- ② 予防接種済証（予診票の写しでも可）
- ③ 振込先口座の通帳又はカードの写し