様式第１号（第９条関係）

新郷村高齢者等新型コロナウイルス予防接種費用助成金償還払給付申請書

　　年　　月　　日

新郷村長　様

下記のとおり関係書類を添えて、高齢者等新型コロナウイルス予防接種費用助成金を申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申　請　者 | 氏　　名 |  |
| 住　　所 | 新郷村大字 |

（注）この申請書に領収書を添付してください。

上記の助成金を下記により支払ってください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座  振替 | 銀　行  　　　　信用金庫  信用組合  農業協同組合 | | | | 本店  　　　支店 | | | 種　　目 | 口　座　番　号 | | | | | | |
| 金融機関コード | | | | 店舗コード | | | 1．普通預金  2．当座預金  3．その他 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ | | | |  | | | | | | | | | | |
| 口座名義人 | | | |  | | | | | | | | | | |

添付書類

* 領収書
* 接種履歴を確認できるもの（接種済証等）
* 助成金の振り込みを希望する金融機関の通帳の写し

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **被　接　種　者** | フリガナ |  | 生年月日 | 大正  昭和　　年　　月　　日 | |
| 氏　　名 |  |
| 申請者との  続柄 |  |
| 請求額 | 円（A）と（B）のいずれか少ない額 | | | |
| 助成上限額（A） | 接種費用（B） | | |
| １５，７００円／回 | 円 | | |
| 接種医療機関名 |  | 接　種  年月日 | | 年　　　月　　　日 |
| フリガナ |  | 生年月日 | | 大正  昭和　　年　　月　　日 |
| 氏　　名 |  |
| 申請者との  続柄 |  |
| 請求額 | 円（A）と（B）のいずれか少ない額 | | | |
| 助成上限額（A） | 接種費用（B） | | |
| １５，７００円／回 | 円 | | |
| 接種医療機関名 |  | 接　種  年月日 | | 年　　　月　　　日 |
| フリガナ |  | 生年月日 | | 大正  昭和　　年　　月　　日 |
| 氏　　名 |  |
| 申請者との  続柄 |  |
| 請求額 | 円（A）と（B）のいずれか少ない額 | | | |
| 助成上限額（A） | 接種費用（B） | | |
| １５，７００円／回 | 円 | | |
| 接種医療機関名 |  | 接　種  年月日 | | 年　　　月　　　日 |