

令和 年 月 日

新型コロナウイルス感染症予防接種助成金請求書

琴浦町長 様

住 所 琴浦町大字
請求者 氏 名
電話番号 _____

令和7年度に接種した新型コロナウイルス感染症予防接種の一部負担金を、医療機関の発行する領収書を添付して、次のとおり請求します。

また、助成金の支給にあたり、住民登録、生活保護受給の有無について調査されることに同意します。

接 種 年 月 日 _____ 令和 年 月 日 _____

接種医療機関名 _____

新型コロナウイルス感染症予防接種一部負担金 4,500円 _____

助成金は、次の口座に振り込んでください。

金融機関名 _____ 支店名 _____

預金種別： 普通・その他 (_____)

(フリガナ)

口座番号 _____ 口座名義人 _____

(琴浦町記入欄)

検 査：良 令和 年 月 日

支 払 日：令和 年 月 日

伝票 No：