

# 南小国町高齢者等のB類疾病予防接種補助金交付申請書

南小国町長 様

【申請者（被接種者）】

住 所：阿蘇郡南小国町大字

氏 名： \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_

南小国町高齢者等のB類疾病予防接種実施要綱第8条に基づき、下記のとおり補助金の交付を申請します。  
なお、本申請にあたり、被接種者の住民基本台帳を確認すること、及び医療機関に問い合わせることについて同意します。

ふりがな		生年月日	年	月	日
被接種者氏名					

接種医療機関 (施設)	名称				
	住所				
予防接種の種類	接種年月日			接種に要した費用	
肺炎球菌感染症 (高齢者がかかるものに限る。)	年	月	日	円	
新型コロナウイルス感染症	年	月	日	円	
水痘帯状疱疹ウイルス感染症	年	月	日	円	
	年	月	日	円	

※接種した予防接種のワクチン名及び接種日が分かる書類（領収書等）の原本を添付してください