

和束町子どもインフルエンザ予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

和束町長 様

住 所 和束町

請求者

氏 名

印

電話番号

次のとおり、子どもインフルエンザ予防接種費用の助成を申請します。

なお、この助成金の支給にあたり、請求者の住民情報による住所等の調査を行うことを承諾します。

第 1 子	接種児氏名		生年月日		年齢(1 回目接種日時点)
			年 月 日		歳
	回数	接種日	医療機関名		接種金額
	1 回目	年 月 日			円
	2 回目	年 月 日			円
第 2 子	接種児氏名		生年月日		年齢(1 回目接種日時点)
			年 月 日		歳
	回数	接種日	医療機関名		接種金額
	1 回目	年 月 日			円
	2 回目	年 月 日			円
第 3 子	接種児氏名		生年月日		年齢(1 回目接種日時点)
			年 月 日		歳
	回数	接種日	医療機関名		接種金額
	1 回目	年 月 日			円
	2 回目	年 月 日			円
第 4 子	接種児氏名		生年月日		年齢(1 回目接種日時点)
			年 月 日		歳
	回数	接種日	医療機関名		接種金額
	1 回目	年 月 日			円
	2 回目	年 月 日			円
助成申請額		円		他制度助成金額	※ただし、他助成制度を受けた場合は、給付額を控除する。
				円	
助成金の振込先	金融機関	銀行・組合 金庫・農協		本店・支店 支所・出張所	
	預金種目	当座・普通	口座番号		
	フリガナ				
	口座名義人				

※添付書類：医療機関発行の領収証(インフルエンザ予防接種の記載があり、かつ接種対象者氏名、接種年月日、接種費用額の記載があるもの)

※請求者と口座名義人は同一にしてください。