和東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

和東町長 様		住 所	和東町	
	請求者	氏 名		FD
		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。

	接種児氏名								生生	年月日	年齢(1回目接種日時点)		
第									左	F	月	日	歳
1	□	数	接種日				医療機	艘	名		接種金額		
子	1 🖪	目目		:	年	月	日						円
	2 🖪	回目		:	年	月	日						円
		接種児氏名								生年月日			年齢(1回目接種日時点)
第									左	F	月	日	歳
2 子	□	数			接種	重日			医療機関名				接種金額
	1 🖪	目目		:	年	月	日						円
	2 🖪	目目		:	年	月	日						円
					接種	児氏:	名			生年月日			年齢(1回目接種日時点)
第									至	F	月	日	歳
3	□	数	接種日						医療機関名				接種金額
子	1 🖪	目目		:	年	月	日						円
	2 🖪	回目		:	年	月	日						円
		接種児氏名					名		生年月日			年齢(1回目接種日時点)	
第									年 月 日				歳
4	□	数	接租			重日		医療機関名				接種金額	
子	1 🖪	目目		:	年	月	日						円
	2 🖪	目目		:	年	月	日						円
助成 申請額			ш				他制度助成金額 ※ただし、他助成制			度を受けた場合は、給			
							円	円付額を控除する。					
助		金	融	機	関			_	銀行・組	合			本店·支店
成会		217	附近	1533	内	T			金庫・農	協			支所•出張所
助成金の振込先		預	金	種	目		当座 •	普通	口座番	号			
版 込	-	フ	IJ	ガ 	ナ								
先			座 4	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。