

様式第 2 号(第 5 条関係)

年 月 日

かつらぎ町長 様

かつらぎ町小児インフルエンザ予防接種助成金交付申請書

申請者 住所
氏名
(被接種者との関係)
電話

下記のとおり関係書類を添えて小児インフルエンザ予防接種費の助成を申請します。
なお、本申請の審査に必要な範囲で、住民基本台帳の確認を行うことに同意します。

記

被接種者		生年月日		接種日 接種方法		申請額
		年 月 日 (満 歳 か月)		年 月 日 皮下接種 ・ 鼻腔内噴霧		円
		年 月 日 (満 歳 か月)		年 月 日 皮下接種 ・ 鼻腔内噴霧		円
		年 月 日 (満 歳 か月)		年 月 日 皮下接種 ・ 鼻腔内噴霧		円
		年 月 日 (満 歳 か月)		年 月 日 皮下接種 ・ 鼻腔内噴霧		円
		年 月 日 (満 歳 か月)		年 月 日 皮下接種 ・ 鼻腔内噴霧		円
申請額合計				円		
振込先	金融機関名	銀行・金庫 農協			本店・支店 出張所	
	預金種別	普通・当座	口座番号			
	口座名義人 (申請者と同一であること)	(フリガナ) -----				

添付書類：医療機関が発行した領収書（接種ワクチン名及び対象者氏名が記載されたもの）
インフルエンザ予防接種の接種日がわかるもの