

藤里町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

令和 年 月 日

藤里町長 様

申請者 住所 _____

氏名 _____ (印)

電話番号 _____

藤里町インフルエンザ予防接種費用助成金交付要綱第5条第1項の規定に基づき、助成を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

助成金交付申請額兼請求額 円

予 防 接 種 を 受 け た 方 の 氏 名	生 年 月 日	申 請 者 と の 続 柄	助 成 対 象 予 防 接 種	接 種 日	接 種 医 療 機 関	接 種 費 用 支 払 額	申 請 額
			1 回 目 ・ 2 回 目	(歳)		円	円
			1 回 目 ・ 2 回 目	(歳)		円	円
			1 回 目 ・ 2 回 目	(歳)		円	円
			1 回 目 ・ 2 回 目	(歳)		円	円
			1 回 目 ・ 2 回 目	(歳)		円	円
			1 回 目 ・ 2 回 目	(歳)		円	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	(カカ)						

※添付書類 1 医療機関発行の領収書の写し
2 接種済証明書(生後6か月以上高校3年生相当の年齢までの者は母子健康手帳の写し)