

様式第1号（第4条関係）

度会町インフルエンザ予防接種費助成金交付申請書

年 月 日

度会町長 様

申請者 住 所 〒
度会町
氏 名
電話番号

㊞

度会町インフルエンザの予防接種費助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

1 申請額（請求額） 円

2 被接種者名及び請求内訳

被接種者名	生年月日	被接種日	接種金額	接種医療機関名	助成額
		年 月 日			円
		年 月 日			
		年 月 日			円
		年 月 日			
		年 月 日			円
		年 月 日			
		年 月 日			円
		年 月 日			
助 成 金 額 合 計					円

3 振込先

金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	口座名義人
銀 行	本店	普 通		ワガナ
信用金庫	支店	当 座		
農 協	出張所	その他		

※振込先口座は、必ず申請者の口座を記載してください。

※関係書類：インフルエンザ予防接種に係る領収書（被接種名・接種日・金額・「インフルエンザ予防接種」と明記されたもの）の原本（領収書にインフルエンザ予防接種の記載がない場合は母子健康手帳の予防接種記録の写しを併せて提出してください。）