様式第4号（第9条関係）

インフルエンザ予防接種費用助成申請書兼請求書

 　　　　　　　　　　　　　　平成　　年　　月　　日

　産山村長　市原　正文　様

　　インフルエンザ予防接種費用の助成を以下のとおり申請します。

　　なお、助成金につきては、下記の口座に振り込んでください。

 申請者　 住 所 阿蘇郡産山村大字

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏 名 　　　　 ㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　（　　　　）　　　－

◆接種状況について

|  |  |
| --- | --- |
| 予防接種の分類 | * 定期接種
* 任意接種　（１回目・２回目）
 |
| 被接種者 |  |
| 接種日 | （１回目）　　　　年　　　月　　　日（２回目）　　　　年　　　月　　　日 |
| 接種医療機関 | 　　　　　　　　　　　 |
| 接種費用 | 　　　　　　　　　円 |

◆振込先について

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込口座 | 金融機関名 |  | 銀行・農協信用金庫信用組合 |  | 本店支店・支所出張所 |
| 口座種別 | 普通　・　当座 | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |

※この振り込み先個人情報は、助成金振込みの為に記載をお願いするものです。

＜添付資料＞ （１）予防接種を受けた領収書　（２）接種済証または母子手帳の写し

|  |  |
| --- | --- |
| ※助成決定額 | （ １回目単独・２回目単独・２回分合計 ）　　　　　　　　円 |