

基山町子どもインフルエンザ予防接種費助成申請書

基山町長 様

申請者 住所 印
氏名
(被接種者との続柄)
電話番号

基山町子どもインフルエンザ予防接種実施要綱第8条の規定により、インフルエンザ予防接種費の助成を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。
この申請内容について、公簿と照合すること及び医療機関等へ確認することに同意します。

氏 名		生年月日	接種年月日	医療機関名	費用負担額	助成金額 (記入不要)
1	姓	年 月 日 (歳)	年 月 日		円	円
	名					
2	姓	年 月 日 (歳)	年 月 日		円	円
	名					
3	姓	年 月 日 (歳)	年 月 日		円	円
	名					
4	姓	年 月 日 (歳)	年 月 日		円	円
	名					
5	姓	年 月 日 (歳)	年 月 日		円	円
	名					
6	姓	年 月 日 (歳)	年 月 日		円	円
	名					
計					円	円

< 振 込 先 >

金融機関名	銀行・金庫 組合・農協	本店・支店 本所・支所
預金の種類	普通 ・ 当座 ・ その他 ()	
口座番号		
(フリガナ) 口座名義		

- (注1) 添付書類 ①接種した医療機関等の領収書の原本
②予防接種の記録が記載されているもの（母子健康手帳、予防接種済証等）の写し
(注2) 助成金額 1回につき2,000円又は4,000円
(注3) 申請期間 当該年度の3月末まで