

明和町子どものインフルエンザ予防接種費用助成申請書

年 月 日

明和町長あて

(保護者)
申請者

住所 明和町

氏名

電話

子どものインフルエンザ予防接種費用の助成を受けたいので、下記のとおり申請いたします。

記

被 接 種 者	氏名			生年月日	年 月 日 (歳)
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	明和町		
		接種日	接種医療機関	接種費用	助成額
	1回目	年 月 日		円	円
	2回目	年 月 日	<input type="checkbox"/> 1回目と同じ	円	円

被 接 種 者	氏名			生年月日	年 月 日 (歳)
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	明和町		
		接種日	接種医療機関	接種費用	助成額
	1回目	年 月 日		円	円
	2回目	年 月 日	<input type="checkbox"/> 1回目と同じ	円	円

被 接 種 者	氏名			生年月日	年 月 日 (歳)
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	明和町		
		接種日	接種医療機関	接種費用	助成額
	1回目	年 月 日		円	円
	2回目	年 月 日	<input type="checkbox"/> 1回目と同じ	円	円

接種費用合計額	助成合計額
円	円

助成金振込先	金融機関名	銀行 信用金庫 農協	店 出張所 所	預金種別	1 普通預金 2 当座預金
	口座番号	ふりがな 口座 名義人			

- (注意) 1. 太枠内を記入してください。
2. 裏面に医療機関の領収書を添付してください。

領収書添付欄