

令和 年 月 日

中土佐町子ども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

中土佐町長 様

申請者 住所 〒
(保護者) 中土佐町

氏名 印
電話
(対象者との続柄)

中土佐町子どもインフルエンザ予防接種費用助成金交付要綱第4条の規定により、次のとおり申請及び請求します。なお、本申請に関し、町が保有する個人情報を確認すること及び医療機関に問い合わせることに同意します。

1. 接種対象者

氏名 (対象小児)	生年月日	接種日		※町処理欄
				助成決定額
	平成・令和 年 月 日	1回目	令和 年 月 日	円
		2回目	令和 年 月 日	円
	平成・令和 年 月 日	1回目	令和 年 月 日	円
		2回目	令和 年 月 日	円
	平成・令和 年 月 日	1回目	令和 年 月 日	円
		2回目	令和 年 月 日	円
	平成・令和 年 月 日	1回目	令和 年 月 日	円
		2回目	令和 年 月 日	円
合 計				円

2. 請求金額 _____ 円

【振込先】

金融機関名	店名	預金種別	口座番号
銀行 信用金庫 組合	本店 支店 出張所	普通・当座	
口座名義人	フリガナ		
	氏名		

添付書類

- (1) 予防接種費用の額が分かる領収書
- (2) 予防接種の接種年月日が確認できる書類(母子健康手帳の写し可)