

申請期限は、年度末日(3.31)まで！

令和 8 年 10 月 1 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 〒789-1301

(保護者) 中土佐町 久礼 6551-1

申請者は対象児童の
保護者のみ

氏名 中土佐 太郎 印

電話 080-1234-5678

(対象者との続柄 父)

兄弟児の分も
まとめて申請できます

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、次のとおり申請に
する

10.1~2.28 の間に
接種したもののみ助成の対象

記入不要

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
中土佐 次郎	平成・令和 22年 12月 1日	1回目	令和 8 年 10月 7日	円
		2回目	令和 年 月 日	円
中土佐 花子	平成・令和 2年 12月 2日	1回目	令和 8 年 10月 7日	円
		2回目	令和 8 年 11月 7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

必ず申請者(保護者)の口座の記入を
お願いします。

【振込先】

金融機関名	店 名	預金種別	口座番号						
銀行 高知 信用金庫 組合	本店 久礼 支店 出張所 フリガナ	普通・当座	1	2	3	4	5	6	7
			ナカトサ タロウ						
			中土佐 太郎						

領収書は必ず原本の提出をお願いします。

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(母子健康手帳等)

裏面にアンケートがありますので
記入をお願いします。