

申請日 年 月 日

大台町長 様

申請者 千
住 所 大台町
氏 名
電話番号

大台町乳幼児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

下記のとおり、インフルエンザの予防接種を受けましたので、助成金を交付されたく、関係書類を添えて申請します。

なお、内容等について町が保有する個人情報を読覧又は調査すること、および医療機関に問い合わせることに同意します。

1. 請求額

	円
--	---

2. 被接種者 (接種を受けた方) 氏名等

被接種者 氏名	生年月日	接種日	接種額	種類 ○をして ください	助成申請額	接種医療 機関名
	年 月 日 年齢又は月齢 ()	年 月 日	円	注射 点鼻	円	
		年 月 日 点鼻の場合は1回まで	円	注射	円	
	年 月 日 年齢又は月齢 ()	年 月 日	円	注射 点鼻	円	
		年 月 日 点鼻の場合は1回まで	円	注射	円	

3. 振込先 (申請者の口座を指定してください)

振込先	銀行・信用金庫・農協		店名	本店・支店・出張所				
種別	普通・当座 ※いづれかに○をしてください	口座番号 ※右づめで記入						
フリガナ								
口座名義人								

※申請者と異なる名義の口座に振り込みをされる場合、下欄に記入をお願いします。

委任状
私は、上記口座名義人に接種費用の受領に関する一切の権限を委任します。
年 月 日 申請者氏名

4. 添付書類 (1) 医療機関で発行された予防接種の領収書 (写し)
(2) インフルエンザワクチン予防接種を受けたことが確認できるもの
(母子健康手帳、又はワクチンの種別が明記された領収書か診療明細書の写し)