

記入例

様式第3号（第7条関係）

令和4年12月15日

大台町長様

(申請者)

住 所 大台町佐原750
氏 名 大台 太郎
電話番号 82-3785

大台町インフルエンザワクチン接種費用臨時助成金交付申請書

下記のとおり、インフルエンザワクチンを接種しましたので、助成金の交付をされたく、大台町インフルエンザワクチン接種費用臨時助成金交付要綱第7条第1項の規定により申請します。

1 申請金額 10,000 円
(内 訳)

被接種者氏名	生年月日	接種日	接種金額	助成申請額	接種医療機関名
大台 小太郎	平成・令和 20年 10月1日 (年齢: 14)	令和4年10月26日	3,700円	2,000円	津の町中病院
		年 月 日	円	円	
大台 華子	平成・令和 28年 8月10日 (年齢: 6)	令和4年10月26日	3,700円	2,000円	津の町中病院
		令和4年11月24日	3,700円	2,000円	津の町中病院
大台 町子	平成・令和 4年 3月3日 (年齢: 7か月)	令和4年10月26日	2,000円	2,000円	津の町中病院
		令和4年11月24日	2,000円	2,000円	津の町中病院
	平成・令和 年 月 日 (年齢:)	年 月 日	円	円	
		年 月 日	円	円	

助成は、1回の接種につき、2,000円が限度額です。

2 振込先

振 込 先	金融機関名	大台 銀行・信用金庫・農協						大台 支店	
	口座番号	普通・当座	1	2	3	4	5	6	
	(フリガナ) 口座名義人	(オオダイ タロウ 大台 太郎)							

※被接種者の年齢は、接種時点での年齢をご記入ください。1歳未満の方は月齢を記入して下さい。

※口座名義人は、被接種者又は申請者名と同一をお願いします。

(必要書類) 医療機関発行の領収書原本 (インフルエンザワクチン予防接種が分かるもの)
母子健康手帳・接種済証など被接種者名・接種日・接種したことが分かるもの
振込口座の通帳 (店舗名・口座番号の分かるページのコピー可)

※申請書の提出期間は、接種を実施した年度内とします。

年 月 日

大台町長様

(申請者)
住 所
氏 名
電話番号

大台町インフルエンザワクチン接種費用臨時助成金交付申請書

下記のとおり、インフルエンザワクチンを接種しましたので、助成金の交付をされたく、大台町インフルエンザワクチン接種費用臨時助成金交付要綱第7条第1項の規定により申請します。

1 申請金額 _____ 円
(内 訳)

被接種者氏名	生年月日	接種日	接種金額	助成申請額	接種医療機関名
	平成・令和 年	年 月 日	円	円	
	月 日(年齢:)	年 月 日	円	円	
	平成・令和 年	年 月 日	円	円	
	月 日(年齢:)	年 月 日	円	円	
	平成・令和 年	年 月 日	円	円	
	月 日(年齢:)	年 月 日	円	円	
	平成・令和 年	年 月 日	円	円	
	月 日(年齢:)	年 月 日	円	円	

助成は、1回の接種につき、2,000円が限度額です。

2 振込先

振 込 先	金融機関名	銀行・信用金庫・農協					支店
	口座番号	普通・当座					
	(フリガナ) 口座名義人	()					

- ※被接種者の年齢は、接種時点での年齢をご記入ください。
- ※口座名義人は、被接種者又は申請者名と同一をお願いします。
(必要書類) 医療機関発行の領収書原本 (インフルエンザワクチン予防接種が分かるもの)
母子健康手帳・接種済証など被接種者名・接種日・接種したことが分かるもの
振込口座の通帳 (店舗名・口座番号の分かるページのコピー可)
- ※申請書の提出期間は、接種を実施した年度内とします。