

記入例

様式第1号（第4条関係）

申請日 令和7年12月1日

大台町長 様

申請者 〒519-2404
住 所 大台町佐原 750
氏 名 大台 花子
電話番号 82-3785

大台町子ども季節性インフルエンザ予防接種費助成金交付申請書

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

8,000 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
大台 太郎	令和 7 年 4 月 5 日 年齢又は月齢 (7 か月)	令和 7 年 10 月 10 日	3,000 円	注射 点鼻	2,000 円	夢クリニック
		令和 7 年 11 月 7 日 点鼻の場合は1回まで	3,000 円	注射	2,000 円	夢クリニック
大台 町子	平成 29 年 6 月 1 日 年齢又は月齢 (8 歳)	令和 7 年 10 月 10 日	8,000 円	注射 点鼻	4,000 円	夢クリニック
		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	大台 銀行・信用金庫・農協	店名	三瀬谷 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	7	7	7	7	7	7
フリガナ		大台 ハナコ							
口座名義人		大台 花子							

※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（例）申請者は母、振込先は父の口座の場合など

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）