

坂城町インフルエンザ任意予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

令和 年 月 日

(宛先) 坂城町長

申請者 (保護者)

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

電話番号 _____

坂城町インフルエンザ任意予防接種費用助成金の交付を受けたいので、坂城町インフルエンザ任意予防接種費用助成金交付要綱に基づき、次のとおり関係書類を添えて申請、請求します。

助成金交付申請額 (請求額) _____ 円

予防接種を受けた者	氏 名			申請者からの続柄	
	住 所	坂城町大字			
	生年月日 (学年)	平成・令和 年 月 日 (小学・中学 学年)			
1 回 目	接種実施医療機関	接種実施日	接種日年齢	支払金額	助成金額
		令和 年 月 日	歳	円	1,000円
2 回 目 ※	接種実施医療機関	接種実施日	接種日年齢	支払金額	助成金額
		令和 年 月 日	歳	円	1,000円

※2回目の接種日において、13歳未満の場合のみ助成対象

振込先

金融機関名		支 店 名	
口座番号	(普通・当座)	(ふりがな) 口座名義人	

添付書類

- 『坂城町インフルエンザ任意予防接種費用助成券』(未使用のもの)
- インフルエンザ任意予防接種を受けた医療機関等の領収書の原本
- インフルエンザ任意予防接種の記録が記載されているものの原本または写し
(母子健康手帳、予防接種済証等)
- その他町長が必要と認める書類