

インフルエンザ予防接種助成申請書（償還払い）

接種者氏名	生年月日	接種医療機関名	接種年月日	窓口負担額	支給決定額
	年 月 日		1 回目	円	円
			令和 年 月 日		
			2 回目 (13 歳未満のみ)	円	円
			令和 年 月 日		
	年 月 日		1 回目	円	円
			令和 年 月 日		
			2 回目 (13 歳未満のみ)	円	円
			令和 年 月 日		
	年 月 日		1 回目	円	円
			令和 年 月 日		
			2 回目 (13 歳未満のみ)	円	円
			令和 年 月 日		
	年 月 日		1 回目	円	円
			令和 年 月 日		
			2 回目 (13 歳未満のみ)	円	円
			令和 年 月 日		

大刀洗町長 様

上記のとおり申請します。

なお、支給決定額については下記の口座に振り込みください。

また、この申請に関する内容等について医療機関に照会することに同意します。

令和 年 月 日

住所 _____

氏名（保護者自署） _____

電話 () -

振 込 先				
金融機関名	本・支店名	預金種別	口座番号	口座名義 ※カタカナでご記入ください
		普通 当座		

事業概要

対象者 生後 6 ヶ月～中学 3 年生まで

接種対象期間 10 月～1 月 31 日

申請期限 当該年度の 3 月 31 日まで

助成金額 1 回あたり 2,000 円

助成の回数 13 歳未満までは 2 回まで、13 歳以上は 1 回まで

支給決定額
円

※領収書（接種者名、接種日、窓口負担額が記載されたもの）は、必ず原本を添付してください。