

こどものインフルエンザ予防接種費用助成金交付申請書

年 月 日

長柄町長 様

助成対象者 (保護者)	住 所	長柄町
	氏 名	(接種対象者との続柄：)
	電話番号	

インフルエンザ予防接種費用の助成を受けたいので、こどものインフルエンザ予防接種費用助成事業実施要綱第8条の規定により申請します。

1 接種対象者

フリガナ				
氏 名				
住 所	長柄町			
生年月日	年 月 日生			
接種日・接種時 年齢・接種料金	1回目	年 月 日	歳 か月	円
	2回目	年 月 日	歳 か月	円

フリガナ				
氏 名				
住 所	長柄町			
生年月日	年 月 日生			
接種日・接種時 年齢・接種料金	1回目	年 月 日	歳 か月	円
	2回目	年 月 日	歳 か月	円

フリガナ				
氏 名				
住 所	長柄町			
生年月日	年 月 日生			
接種日・接種時	1回目	年 月 日	歳 か月	円

年齢・接種料金	2回目	年 月 日	歳 か月	円
---------	-----	-------	------	---

(裏)

2 振込先

金融機関	銀行 ・ 金庫 組合 ・ 農協			本店 ・ 支店
	種類	普通 ・ 当座	口座番号	
ゆうちょ銀行	ゆうちょ銀行	普通 当座	(店番)	(口座番号)
口座名義人	フリガナ			
	氏 名			

※ゆうちょ銀行へのお振込みの場合は、店番号は3桁の漢数字、口座番号は7桁の数字で御記入ください。

3 添付書類

- 領収書（原本）
- 予防接種の記録がわかるもの
- 振込先金融機関口座通帳の写し