

インフルエンザ予防接種費用助成申請書(償還払い用)

令和 年 月 日

古平町長 様

申請者住所 〒 —
古平町大字 町

申請者氏名 印

Tel — —

インフルエンザ予防接種費用助成金の交付を受けたいので、医療機関の領収書および関係書類(予防接種済証・予診票コピー・その他)を添えて申請します。

交付申請金額	¥		
被接種者氏名		申請者との続柄	
予防接種名	インフルエンザワクチン		
接種年月日	令和 年 月 日 接種		
実施医療機関 名称 住所	〒 — Tel () —		

助成金振込指定口座

金融機関名	口座番号	口座名義								
銀行・信金 本店・店 (口座種別 普通・当座)	<table border="1" style="width: 100%; height: 40px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>									(カタカナで記入下さい)

※口座番号・名義確認のため、通帳のコピーを添付してください。

インフルエンザ予防接種費用助成申請書(償還払い用)

令和 年 月 日

古平町長 様

申請者氏名、住所はご本人様でお願いします。
印鑑は認印で結構です。連絡事項があった時のために、本人またはご家族の連絡先☎をご記入してください。

申請者住所 〒 -
古平町大字 町

申請者氏名 印

☎ - -

窓口で支払った予防接種の料金から600円を差し引いた額を記入下さい。

インフルエンザ予防接種費用助成金の交付を受けたいので、医療機関の領収書および関係書類(予防接種済証・予診票コピー・その他)を添えて申請します。

交付申請金額	¥ _____		
被接種者氏名	申請者との続柄	本人	
予防接種名	インフルエンザワクチン		
接種年月日	令和 年 月 日 接種		
実施医療機関 名称 住所	〒 - ☎ () -		

振込先口座は、ご本人名義の口座をご記入ください。

助成金振込指定口座

金融機関名	口座番号	口座名義
銀行・信金 本店・店 (口座種別 普通・当座)		(カタカナで記入下さい)

※口座番号・名義確認のため、通帳のコピーを添付してください。

～インフルエンザ予防接種費用助成申請に必要な書類～

- ① インフルエンザ予防接種費用助成申請書
- ② インフルエンザ予防接種の領収書(コピー可)
ご本人の名前、領収月日が記載されていて、インフルエンザ予防接種にかかる費用が内訳としてわかるもの
- ③ インフルエンザ予防接種予診票 又は 予防接種済証(コピー可)
- ④ 助成金の振込先通帳(ご本人名義)のコピー

◆上記①～④を下記まで送付してください。

〒046-0121

古平郡古平町大字浜町644番地 元気プラザ内

古平町役場 保健福祉課 保健医療係 宛

※ 申請の受付後、助成金の振込みまでには、1～2ヶ月ほどかかりますのでご了承ください。

【問い合わせ先】

古平町役場 保健福祉課 保健医療係 担当 伊藤

電話 0135-42-2182 内線12

FAX 0135-41-2268