

インフルエンザ予防接種費用助成申請書(償還払い用)

平成 年 月 日

古平町長 様

申請者住所 〒 ー
古平町大字 町

申請者氏名 印

Tel ー ー

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	平成 年 月 日 接種		
実施医療機関 名称 住所	〒 ー Tel () ー		

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;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <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。

(見本)

インフルエンザ予防接種費用助成申請書(償還払い用)

平成 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500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	平成 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。