

川西町季節性インフルエンザ予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

令和 年 月 日

川西町長 様

請求者(保護者)

住 所 磯城郡川西町

氏 名

電話番号

次のとおり季節性インフルエンザ予防接種を受けましたので、川西町季節性インフルエンザ予防接種費用助成事業実施要綱第6条の規定により請求します。

なお、この助成金の支給にあたり、私及び私の世帯に関する住民基本台帳を閲覧することに同意します。

被接種者	氏名・生年月日	接種時年齢	接種日		助成金の額
	①	H・R 年 月 日生	歳 カ月	1回目 年 月 日	円
			2回目 年 月 日		
②	H・R 年 月 日生	歳 カ月	1回目 年 月 日	円	
			2回目 年 月 日		
③	H・R 年 月 日生	歳 カ月	1回目 年 月 日	円	
			2回目 年 月 日		
				助成合計額	円

助成金の振込先	金融機関	銀行・組合 金庫・農協		本店・支店 支所・出張所
	預金種目	当座・普通	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人			

注)※口座名義人は、被接種者もしくは請求者に限る

【添付書類】

医療機関発行の領収証(被接種者氏名、接種年月日、予防接種名、領収金額、接種医療機関名が記載されている領収印のあるものに限る。)