

## 南部町子どもインフルエンザ予防接種助成金申請書

令和 年 月 日

南部町長 殿

住所

申請者  
(保護者) 氏名

印

電話番号

南部町子ども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、下記のとおり申請します。

1 人 目	被接種者氏名		性別	生年月日		年齢 (1回目接種日年齢)		
			男・女	平成 年 月 日		歳		
	接種日		A接種料	B自己負担金	①(A-B)	②助成上限額	助成決定額 (①と②のいずれか少ない額)	
	1回目	令和 年 月 日						
	2回目	令和 年 月 日						
2 人 目	被接種者氏名		性別	生年月日		年齢 (1回目接種日年齢)		
			男・女	平成 年 月 日		歳		
	接種日		A接種料	B自己負担金	①(A-B)	②助成上限額	助成決定額 (①と②のいずれか少ない額)	
	1回目	令和 年 月 日						
	2回目	令和 年 月 日						
3 人 目	被接種者氏名		性別	生年月日		年齢 (1回目接種日年齢)		
			男・女	平成 年 月 日		歳		
	接種日		A接種料	B自己負担金	①(A-B)	②助成上限額	助成決定額 (①と②のいずれか少ない額)	
	1回目	令和 年 月 日						
	2回目	令和 年 月 日						
振込先 (保護者名義に限る)	金融機関名	銀行・信用組合 農協・信用金庫		支店名		支店・本店		
	口座種別	普通・当座		口座番号				
	口座名義	(フリガナ)						
添付書類	① 医療機関発行のインフルエンザ予防接種料と明記してある領収書原本 ② インフルエンザの予防接種日が記載された母子健康手帳または予防接種済証などの写し ③ 振込先金融機関名・支店名、口座番号が分かる通帳の写し(保護者名義に限る)							

※ 申請者は、太枠以外の部分をご記入ください。

助成決定額合計