記入例

別紙様式

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

〒039-0595

住 所　南部町大字下名久井字白山９１－１

申請者（保護者）

氏 名　健康　太郎

電話番号　０１７８－６０－７１００

振込先の通帳名義と同じ方で申請をお願いします。

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。

	被接種者氏名	性別	生年月日	年齢（1回目接種日年齢）
1人目	健康　花子	男・(女)	平成 23 年 4 月 10 日	12 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					

役場で記入します。

	被接種者氏名	性別	生年月日	年齢（1回目接種日年齢）
2人目		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	平成　年　月　日					
2回目	平成　年　月　日					

	被接種者氏名	性別	生年月日	年齢（1回目接種日年齢）
3人目		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	平成　年　月　日					
2回目	平成　年　月　日					

支店名が変わった時は変更後の支店名を記入してください

振込先（保護者名義に限る）				
	金融機関名	青　森　県　(銀行)・信用組合・農協・信用金庫	支店名	南　部　(支店)・本店
	口座種別	(普通)・当座	口座番号	1234567
	口座名義	（フリガナ）健康　太郎　（ケンコウ　タロウ）　※保護者（申請者）名義のもの		

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（原本に限る）

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）

④ 生活保護受給者の方は、医療受給者証等の写し

※ 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	