

おおい町小児インフルエンザ予防接種費用助成金交付申請書・請求書

年 月 日

おおい町長 様

申請者（保護者）

住 所 おおい町 第 号 番地

氏 名 (印)

電話番号

おおい町小児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、下記のとおり申請及び請求をします。

記

1. 被接種者

氏 名		生年月日	年 月 日
住 所	おおい町 第 号 番地	申請者との続柄 ()	
接種回数	接種日	医療機関名	接種費用
1回目	月 日		円
2回目	月 日		円

2. 助成を受ける額 金 _____ 円

3. 助成金の振込先

金融機関名	(支店)
口座名義人	
口座番号	

4. 添付書類

- ・医療機関が発行する支払証明書（領収書）
- ・医療機関が発行する接種証明書（母子健康手帳や接種済証等）