

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 住所 おおい町
氏名
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、おおい町小児インフルエンザ予防接種費用助成事業実施要綱の規定により下記のとおり申請・請求します。

記

1. 被接種者

氏 名		生年月日	年 月 日
住 所	おおい町		申請者との続柄
ワクチンの種類 (どちらかに☑)	☐ HAワクチン【2回接種】		
	☐ 経鼻弱毒生ワクチン【1回接種】		
接種日	医療機関名		接種費用
年 月 日			円
年 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	支店名	預金種別	口座番号
		普通 ・ 当座	
口座名義人（カタカナ）			

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（母子手帳等）