様式第１号（第７条関係）

辰野町こどものインフルエンザ予防接種費用助成金交付申請書兼実績報告書

年　　月　　日

（宛先）辰野町長

申請者氏名：
住所：辰野町　　番地
接種対象児童との関係：
電話番号：

辰野町こどもの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、辰野町こどものインフルエンザ予防接種費用助成要綱第７条第１項の規定に基づき、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

１　被接種児童

被接種児童氏名	生年月日	接種日	接種費用（支払った額）	辰野町記入欄	
				助成上限額	助成金額
	年　月　日	年　月　日	円	2,000 円	円
	年　月　日	年　月　日	円	2,000 円	円
	年　月　日	年　月　日	円	2,000 円	円
	年　月　日	年　月　日	円	2,000 円	円
				助成申請合計額　　円	

２　振込先

振込先金融機関	銀行・信用金庫 信用組合・農協							本店・支店 支所・出張所	預金の種別	普通・当座	
	口座番号							ゆうちょ銀行のみ記載			
								店番			
（フリガナ） 口座名義人											

※　口座名義人は申請者と同一名義

添付書類
①　領収書の写し
②　辰野町こどものインフルエンザ予防接種費用助成券
③　母子健康手帳の写し（接種日がわかる箇所）　又は　接種したことを証明する書類
（助成券に接種日・接種医療機関名等記載がある場合は不要）