

別記様式（第5条関係）

年 月 日

辰野町長 様

申請者（妊婦本人又は保護者）

住 所

氏 名

電 話

季節性インフルエンザ任意予防接種費用助成金申請書兼請求書

季節性インフルエンザ任意予防接種費用助成金の交付を受けたいので、季節性インフルエンザ任意予防接種費用助成事業実施要綱第5条の規定に基づき、関係書類を添えて、次のとおり申請及び請求します。

1. 助成対象者

					世帯主名：	
氏 名 (被接種者)	申請者 との続柄	生年月日	接種日	接種時 の年齢	医療機関の名称	
		年 月 日	年 月 日	歳		
		年 月 日	年 月 日	歳		
		年 月 日	年 月 日	歳		

2. 助成申請額兼請求額 2,000 円 × 人 = 円

添付書類

①領収書の写し

②母子健康手帳の写し 又は 接種済証明書

3. 振込先

金融機関名・ 口座番号等	銀行・信用金庫 信用組合・農協 (金融機関コード)		本店・支店 支所・出張所 (支店コード)		預金の 種別	普通・当座											
	口座番号 (ゆうちょ銀行以外)		銀 ゆ う ち よ 行	通 帳 記 号		通 帳 番 号											
				1				0	—								
※1 (フリガナ) 口座名義人																	

※1 口座名義人の「フリガナ」を 必ずご記入くださいますようお願いいたします。