

藤崎町小児インフルエンザ予防接種費助成金交付申請書

年 月 日

藤崎町長 様

(申請者)

〒

住 所 藤崎町大字

保護者氏名

電話番号

小児インフルエンザ予防接種費の助成を受けたく、藤崎町小児インフルエンザ予防接種費助成事業実施要綱第6条の規定により、関係書類を添えて申請します。

ふりがな 接種者(児童)氏名	生 年 月 日	接種時年 齢	種類	接 種 月 日	予防接種料金
	平成 令和 年 月 日	歳 か月	注射 点鼻	① 令和 年 月 日	円
				② 令和 年 月 日	円
	平成 令和 年 月 日	歳 か月	注射 点鼻	① 令和 年 月 日	円
				② 令和 年 月 日	円
	平成 令和 年 月 日	歳 か月	注射 点鼻	① 令和 年 月 日	円
				② 令和 年 月 日	円
	平成 令和 年 月 日	歳 か月	注射 点鼻	① 令和 年 月 日	円
				② 令和 年 月 日	円
助成申請額 (注射 1,000円×2回 点鼻 2,000円×1回)	円				
振込先	銀行 信用金庫 農協				支(本)店
	種別	当座 普通	口座 番号		
フリガナ					
口座名義人					

〈持参書類〉

- 1 医療機関が発行した小児インフルエンザ予防接種を受けたことが分かる領収書
- 2 母子健康手帳
- 3 振込先の通帳の写し