

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

令和 年 月 日

藤崎町長 平田 博幸 様

(申請者)

〒

住 所 藤崎町大字

保護者氏名

印

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 接種者名(児童氏名)	生年月日	接種時年齢	接種月日	予防接種料金
	平成 年 月 日 令和	歳 か月	①令和 年 月 日 ②令和 年 月 日	円 円
	平成 年 月 日 令和	歳 か月	①令和 年 月 日 ②令和 年 月 日	円 円
	平成 年 月 日 令和	歳 か月	①令和 年 月 日 ②令和 年 月 日	円 円
	平成 年 月 日 令和	歳 か月	①令和 年 月 日 ②令和 年 月 日	円 円
助成申請額 (1人1回につき1,000円)	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	
ふりがな				
口座名義人				

〈添付書類〉

1・医療機関が発行した小児インフルエンザ予防接種をうけたことがわかる領収書

2・振込先の通帳の写し

※ 領収書でインフルエンザ予防接種を受けたことがはっきりしない場合は、母子手帳で確認。

町記入欄

処理欄	決定年月日	支給決定額	備考