別記様式（第５関係）

西和賀町子どもインフルエンザ予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

令和　　年　　　月　　　日

西和賀町長　様

申請者（保護者）

住　所　西和賀町

氏　名　　　　　 　　　　　㊞

電　話　　　　　(　　　)

子どもインフルエンザ予防接種費用の助成金の交付を受けたいので、関係書類を

添えて次のとおり申請（請求）します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請（請求）額 | 円 | | | | |
| 被接種者氏名 |  | | | 生年  月日 | 年　　 月　　 日生  （　　　歳　　 か月） |
| 接種の状況 | １  回  目 | 接種年月日 | 令和　　年　　　月　　　日 | | |
| 接種費用の額 | 円 | | |
| 医療機関名 |  | | |
| ２  回  目 | 接種年月日 | 令和　　年　　　月　　　日 | | |
| 接種費用の額 | 円 | | |
| 医療機関名 |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込先  金融機関名 | 銀　 行  信用金庫  農　 協 | 支店名 | 本店  　　　　　　　　　　　　支店 | | | | | | |
| 口座種別 | １　普通　　２　当座 | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| 口　座  名義人 | フリガナ | ※申請者と同一名を記載して下さい。 | | | | | | | |

添付書類

　　(１)　対象者名の記載された医療機関の発行した接種費用の領収書

　　(２)　母子健康手帳、医療機関発行の予防接種済証明書その他予防接種を

受けたことを確認することができる書類