

(様式1)

児童任意予防接種費助成金申請書兼請求書

令和 年 月 日

阿南町長 様

申請者 (保護者)

住 所 阿南町

氏 名 ㊞

連絡先 ()

任意予防接種費 季節性インフルエンザ ワクチン予防接種助成金の交付を受けたいので、領収書及び接種済証の写しを添えて請求します。

接種者	住所	下伊那郡阿南町		番地 (行政区)	
	氏名	生年月日	H・R 年 月 日 (歳)		
			H・R 年 月 日 (歳)		
			H・R 年 月 日 (歳)		
医療機関名					
接種日	令和 年 月 日	令和 年 月 日			
予防接種料金 (消費税込)			円		
助成金交付申請額			円		
振込先 金融機関	銀行 信金 農協	フリガナ 口座名義人			
		口座番号	普通 ・ 当座		
	支店・支所				

- ・申請者以外の名義口座振込希望の場合は、下記に申請者名を記入し押印してください。
- ・口座名義人が申請者本人の場合は記入不要です。

支給される助成金の受領については、上記口座名義人に委任します。

申請者 氏 名 _____ ㊞

【町記入欄】

助成金交付決定金額	円
-----------	---

- 注 意
- (1)太枠の中を記入してください。
 - (2)領収書 (正本) と母子手帳の写しを添付してください。