

松伏町小児インフルエンザ予防接種補助金交付申請書

令和8年1月〇日

松伏町長 宛て

申請者（保護者）住 所 松伏町松伏428
氏 名 松伏 太郎
電話番号 048（992）3170

次のとおり補助金の交付を受けたいので、松伏町小児インフルエンザ予防接種補助金交付要綱第5条の規定により申請します。

1 対象児童

氏名	生年月日 年 齢	続柄	接種日	医療機関等 の名称	医療機関等 への支払額 (円)
松伏 小太郎	令和7年4月1日 0歳 6か月	子	令和7年10月 1日	〇〇病院	4,000
松伏 中太郎	平成31年 4月 1日 6歳 6か月	子	令和8年 1月 1日	〇〇医院	500
	年 月 日 歳 か月		年 月 日		(円)
	年 月 日 歳 か月		年 月 日		(円)

2 交付申請額 1,500 円

交付申請額（1人あたり上限1,000円）
小太郎1,000円＋中太郎500円

3 振込先 ※可能な限り申請者の名義とすること

金融機関名	松伏 銀行・農協 信金・信組			松伏 支店・本店 出張所					
口座番号	普通	当座	1	2	3	4	5	6	7
フリガナ	マツブシ タロウ								
口座名義	松伏 太郎								

提出書類 ☐ 松伏町小児インフルエンザ予防接種補助金交付申請書

※職員記入 ☐ 予防接種の費用を支払ったことを証明する書類（領収書・明細書等の原本）

☐ 氏名・生年月日・接種年月日及び接種ワクチン名が確認できる書類の写し

（予診票の写し、母子健康手帳の予防接種記録と氏名生年月日の写し、予防接種済証等）

☐ 振込口座が確認できるもの（通帳等の写し）

職員が記入しますので
申請者の記入は不要です

担当確認欄