

松伏町小児インフルエンザ予防接種補助金交付申請書

年 月 日

松伏町長 宛て

申請者（保護者）住 所
氏 名
電話番号 （ ）

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 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)
	年 月 日 歳 か月		年 月 日		(円)
	年 月 日 歳 か月		年 月 日		(円)
	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 円

3 振込先

金 融 機 関 名	銀行・農協 信金・信組							支店・本店 出張所
口座番号	普通	・	当座					
フリガナ								
口座名義								

- 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（本紙）
- ※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）

担当確認欄	
-------	--