|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 支給決定伺 | 町長 | 副町長 | 課長 | 主査 | 課長補佐 | 係長 | 係 | 受 付 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|

**予防接種費助成申請書**

（インフルエンザワクチン）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被接種者 | |  | | | 生年月日 |  | |
| 住　　所 | | 川本町大字 | | | | | |
| 支払費用額 | |  | | | 接種日 |  | |
| 町助成金 | | ・１回目(　　　　　　円)　　・２回目(　　　　　　円)  ・高齢者(　２，２００円)　　・その他(　　　　　　円) | | | | | |
| 医療機関名  及び住所 | |  | | | | | |
| 金融機関 | 金融機関名  （　　　　　　　　　　）  支店名  （　　　　　　　　　　） | | 預  金の種別 | 普通預金  当座預金 | | | 口座名義（カタカナ） |
| 口座番号 |
| 上記医療機関（主治医）に於いて予防接種を受けたので領収書を添付し申請します。尚、振り込みは上記の金融機関へお願いいたします。  　令和　　年　　月　　日  住所　川本町大字  電話番号    氏名 　　印  　 川　本　町　長　　様 | | | | | | | |

※予診票(コピー可)・領収書(原本)を添付して下さい。