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。

記入例

支給決定伺	町長	副町長	課長	主査	課長補			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	川本　太郎	生年月日	昭和●年●月●日
住　　所	川本町大字　△△△番地△・・・		
支払費用額	○○○円	接種日	令和２年●月●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	××病院 ○○県△△△市・・・		

金融機関	金融機関名 （　　） 支店名 （　　）	預金の	普通預金 当座預金	口座名義（カタカナ） 号

入金を希望する口座をご記入ください。

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　△△△番地△・・・
電話番号　090-0000-0000

氏名　川本　太郎　　印

被接種者と同じ名前を記入

被接種者が未成年の場合は保護者の住所・名前を記入

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。