

インフルエンザ予防接種費用補助金交付申請書(中学生以下)

年 月 日

みなかみ町長 様

| | | | | |
|----------------------|----------------------------|------|--------------|---|
| 申請者(保護者:振込口座の名義人と同一) | | | | |
| 住 所 | みなかみ町 | TEL | | |
| フリガナ | | | | ⑩ |
| 氏名(口座名) | | | | |
| 金融機関名 | 銀 行 信用金庫 信用組合 農 協 | 支店名 | 本店 支店 | |
| 預金の種別 | 1, 普通 2, 当座 3, 納税 | 口座番号 | | |

※ 下記に接種した、お子さん全員の氏名を記入してください。補助金申請額の欄には全員の補助額の合計を記入してください。接種の時期が異なる場合には、個別で申請してください。

※ 補助金は、回数にかかわらず、1人4,000円が上限です。

| NO | 接種者氏名 | 生年月日 | 年 齢 | 接 種 日 | 補 助 額 (上限4,000円/人) |
|--|-------|-------|-----|-------|-----------------------|
| 1 | | 年 月 日 | | 年 月 日 | |
| | | | | 年 月 日 | |
| 2 | | 年 月 日 | | 年 月 日 | |
| | | | | 年 月 日 | |
| 3 | | 年 月 日 | | 年 月 日 | |
| | | | | 年 月 日 | |
| 4 | | 年 月 日 | | 年 月 日 | |
| | | | | 年 月 日 | |
| 補 助 金 申 請 額 | | | | | 円 |
| ※添付書類 <input type="checkbox"/> 領収書(原本) <input type="checkbox"/> 預金通帳 または キャッシュカード (役場でコピーを取ります) ※確認書類 <input type="checkbox"/> 母子健康手帳 または インフルエンザ予防接種済証 <input type="checkbox"/> 会社等の助成がある場合は助成内容が分かる書類 | | | | | |

役場記入欄

| | | | |
|-----|--|-----|--|
| 受付印 | | 扱者印 | |
|-----|--|-----|--|

インフルエンザ予防接種費用補助金交付申請書(中学生以下)

令和 ◊▲年 ◊月 ××日

みなかみ町長 様

| | | | |
|----------------------|---------------|--------------------------|------------------------|
| 申請者(保護者:振込口座の名義人と同一) | | | |
| 住所 | みなかみ町 後閑318番地 | TEL | 0278-62-2111 |
| フリガナ | ミナカミ タロウ | | 水 上 |
| 氏名(口座名) | 水上 太郎 | | |
| 金融機関名 | ●×○ | 銀行 信用金庫 信用組合 農協 | 支店名 ○×● 本店 支店 |
| 預金の種別 | 1, 普通 | 2, 当座 3, 納税 | 口座番号 123456 |

※ 下記に接種した、お子さん全員の氏名を記入してください。補助金申請額の欄には全員の補助額の合計を記入してください。接種の時期が異なる場合には、個別で申請してください。

※ 補助金は、回数にかかわらず、1人4,000円が上限です。

| NO | 接種者氏名 | 生年月日 | 年齢 | 接種日 | 補助額 (上限4,000円/人) |
|--------|--------|------------|----|------------|---------------------|
| 1 | 水上 次郎 | 平成19年12月1日 | 14 | 令和3年11月20日 | 3,800 円 |
| | | | | 令和 年 月 日 | |
| 2 | 水上 はなこ | 平成26年7月8日 | 7 | 令和3年11月20日 | 4,000 円 |
| | | | | 令和3年12月18日 | |
| 3 | 水上 あいこ | 平成29年1月17日 | 4 | 令和3年11月20日 | 4,000 円 |
| | | | | 令和3年12月18日 | |
| 4 | | | | 令和 年 月 日 | 円 |
| | | | | 令和 年 月 日 | |
| 補助金申請額 | | | | | 11,800 円 |

(例)

接種回数が1回で費用が4,000円以下の場合には接種費用が補助額となります。

接種料金が4,000円以下の場合には、2回目の費用も足して4,000円で申請できます。

- ※添付書類 領収書(原本)
 預金通帳 または キャッシュカード (役場でコピーを取ります)
 ※確認書類 母子健康手帳 または インフルエンザ予防接種済証
 会社等の助成がある場合は助成内容が分かる書類

役場記入欄

| | | | |
|-----|--|-----|--|
| 受付印 | | 扱者印 | |
|-----|--|-----|--|