

インフルエンザ予防接種費用補助金交付申請書(重症化予防)

年 月 日

みなかみ町長 様

申請者

住 所 _____

氏 名 _____ 印

電話番号 _____

(接種者との関係: _____)

みなかみ町インフルエンザ予防接種費用補助金交付要綱第5条に基づき、下記のとおり補助金の交付を申請します。

記

補助金申請額 _____ 円

※ 補助金は、回数にかかわらず、1人3,000円が上限です。
ただし、生活保護世帯の方は費用の全額です。

口座は被接種者のものとします。また、被接種者が申請者と同じ場合は※の記入は不要です。

※ 住 所	みなかみ町		※ TEL		
フリガナ					
被接種者氏名 (口座名)			生年月日	年齢	
接 種 日	年 月 日 、		年 月 日		
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		
添付書類	1 領収書原本(インフルエンザ予防接種費用と明記のあるもの) 2 身体障害者手帳の写し 3 預金通帳の写し 4 予防接種済証の写し				

※写しについては役場でコピーをとります

役場記入欄

受付印		扱者印	
-----	--	-----	--