

様式第1号

大泉町子どものインフルエンザ予防接種助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

大泉町長 様

申請者 住 所

氏 名

電話番号 ー

大泉町子どものインフルエンザ予防接種助成金の交付を受けたいので、大泉町子どものインフルエンザ予防接種助成金交付要項の規定により、下記のとおり申請します。

記

1 申請額 ※ 円

※ 2 支払額調書の A と B を比較して少ない方の額を記入してください。

2 支払額調書

(単位：円)

予防接種費用 A	限度額 B
円	2,000円

3 助成金の振込先

銀行・金庫 農協・組合	本店・支店 出張所	預金種類	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> その他
金融機関コード	店舗コード	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			

4 添付書類

- (1) 接種費用の領収書その他の医療機関が発行する申請者がワクチンを受けた事実を証する書類
- (2) その他町長が必要と認める書類