

別記第2号様式（第5条関係）

串本町子どもインフルエンザ予防接種費用助成金申請書兼請求書

串本町長 様

令和 年 月 日

申請者（保護者）

住所

氏名

印

続柄

電話番号

次のとおり、関係書類を添えてインフルエンザ予防接種費用の助成を申請及び請求します。

なお、本申請に関し、町が保有する個人情報を確認すること及び医療機関に問い合わせることに同意します。

(フリガナ) 接種児氏名	学年等 (○で囲む)	接種医療機関名		接種日	
		1回目	2回目	1回目	2回目
	・小学生以下 ・中学生			令和 年 月 日	令和 年 月 日
	・小学生以下 ・中学生			令和 年 月 日	令和 年 月 日
	・小学生以下 ・中学生			令和 年 月 日	令和 年 月 日

申請（請求）額： 円

振 込 先	金融機関名			支店名	
	預金種別	普通・当座	口座番号		
	(フリガナ) 口座名義人 (申請者と同一)				

【添付書類】 インフルエンザ予防接種済証

※町記入欄

助成金決定額

# 記入例

## 串本町子どもインフルエンザ予防接種費用助成金申請書兼請求書

串本町長 様

令和〇年△△月××日

申請者（保護者）

住所 串本町串本1800

フリガナ 氏名 クシモト タロウ  
氏名 串本太郎

続柄 父

電話番号 〇〇-△△△△



次のとおり、関係書類を添えてインフルエンザ予防接種費用の助成を申請及び請求します。

なお、本申請に関し、町が保有する個人情報を確認すること及び医療機関に問い合わせることに同意します。

(フリガナ) 接種児氏名	学年等 (○で囲む)	接種医療機関名		接種日	
		1回目	2回目	1回目	2回目
クシモト イチロウ 串本 一 郎	・小学生以下 ○ 中学生	Aクリニック		令和 元年11月1日	令和 年 月 日
クシモト マチヨ子 串本 町 子	○ 小学生以下 ・中学生	B医院	B医院	令和 元年11月1日	令和 元年11月29日
	・小学生以下 ・中学生			令和 年 月 日	令和 年 月 日

申請（請求）額：3,000円

一郎→1回、町子→2回  
合計3回×1,000円

振 込 先	金融機関名	〇〇銀行		支店名	〇〇支店
	預金種別	普通・当座	口座番号	〇〇〇〇〇〇〇	
	(フリガナ) 口座名義人 (申請者と同一)	クシモト タロウ 串本太郎		申請者名義の口座に限ります	

【添付書類】インフルエンザ予防接種済証

※町記入欄

助成金決定額