

様式第1号（第8条関係）

年 月 日

高齢者インフルエンザ予防接種費助成申請書兼請求書

串本町長 あて

申請者 住所 串本町 番地
氏名 印

次のとおり、高齢者インフルエンザ予防接種料の助成を申請及び請求します。

申請者記入欄

助成対象者氏名		性別 男 女	生年月日	
助成対象者住所			接種日	年 月 日
接種医療機関名			接種時年齢	歳
接種医療機関 住所			接種金額	円
接種医師名				

※ 口座名義人は、申請者と同一であること。

口座 名義	名義（カナ）											
	名義（漢字）											
振込 口座	銀行等 <small>（ゆうちょ銀行以外）</small>	金融機関	銀行・金庫・農協				本店・支店・出張所					
		預金種別	普通・当座	口座番号								
	ゆうちょ銀行	種 別		記 号		番号（右詰めで記入）						
		総合口座（通常貯金）										

町記入欄

接種金額 ①	町接種基準額 ②	①・②のうちい ずれか低い額③	自己負担額 ④	助成金決定額 ⑤＝③－④