

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

年 月 日

串本町長 宛

申請者 住 所 串本町
氏 名 ④
被接種児との続柄 ()
電 話

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助成金を申請及び請求します。

また、本申請に関し、町が保有する個人情報を見ることが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) 被接種児氏名	学 年 等 (○で囲む)	接種日・接種医療機関名	
		1 回目	2 回目
	・小学生以下 ・中学生	年 月 日	年 月 日
	・小学生以下 ・中学生	年 月 日	年 月 日
	・小学生以下 ・中学生	年 月 日	年 月 日

申請(請求)額： 円

口座 名義	名義 (カナ)												
	名義 (漢字)												
振込 口座	銀 行 等 (ゆうちょ銀行以外)	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)											

注1 添付書類

- (1)インフルエンザ予防接種済証
- (2)医療機関が発行した領収書の写し(接種費用の額を確認できるもの)

注2 振込先の口座名義は申請者名としてください。

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

令和〇年△△月××日

串本町長 宛

申請者 住所 串本町 **サンゴ台690番地5**
氏名 **串本 太郎**
被接種児との続柄 (**父**)
電話 **62-0555**



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助成金を申請及び請求します。

また、本申請に関し、町が保有する個人情報を閲覧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)	接種日・接種医療機関名	
		1回目	2回目
クシモ イチロウ 串本 一郎	○小学生以下 ・中学生	令和〇年△△月××日 Aクリニック	令和〇年△△月××日 Aクリニック
クシモ マチコ 串本 町子	・小学生以下 ○中学生	令和〇年△△月××日 B医院	年 月 日
	・小学生以下 ・中学生	年 月 日	年 月 日

申請(請求)額: **6,000** 円

口座 名義	名義(カナ)	クシモ タロウ									
	名義(漢字)	串本 太郎									
振込 口座	銀行等 (ゆうちょ銀行以外)	金融機関	〇〇 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	1	2	3	4	5	6	7
	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)									

注1 添付書類

- インフルエンザ予防接種済証
- 医療機関が発行した領収書の写し(接種費用の額を確認できるもの)

注2 振込先の口座名義は申請者名としてください。