

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

記入例

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 串本×××× 番地
氏名 串本 太郎 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。

押印

申請者と同一が望ましい

申請者記入欄

助成対象者氏名	串本 太郎	性別 男 女	生年月日	S 2 年 × 月 △ 日
助成対象者住所	串本町 串本 × × × ×	接種日	R 1 年 10 月 × 日	
接種医療機関名	○ × 病院	接種時年齢	× × 歳	
接種医療機関住所	○○ 県 ○ ○ × × - △ △	接種金額	円	実際に支払った金額
接種医師名	○○ × × 医師			

予防接種接種時の年齢

※ 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)	クシモト 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	○△	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)												

町記入欄 <記入しないでください>

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