

幕別町任意インフルエンザワクチン接種費用助成申請書

年 月 日

幕別町長 様

申請者（保護者） 郵便番号

住 所

氏 名

電話番号

（被接種者との続柄）

幕別町任意インフルエンザワクチン接種費用助成事業実施要綱の規定により、次のとおりインフルエンザワクチン接種費用の助成を申請します。なお、審査のため領収書、接種済証について医療機関への内容照会を行うこと、被接種者の住所等に関する公簿を閲覧することについて同意します。

被接種者住所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ 幕別町		
被接種者氏名	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ	生年月日	年 月 日

1 助成対象区分及び必要書類

共通の必要書類(接種費用の領収書の写し、インフルエンザワクチン接種済証の写し)

▼該当する箇所には○印をつけてください

該当	助成対象区分	自己負担額
	妊娠中の方	1,300円
	中学3年生またはその年齢に該当する方	
	高校3年生またはその年齢に該当する方	

2 助成額(接種費用から自己負担額を控除した額)

金 _____ 円

【振込先金融機関】*通帳の写しを添付

	銀行・金庫 組合・農協	本店・支店 本所・支所 出張所		
預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄	ゆうちょ銀行 の場合	店名	店番
口座番号				
口座名義人	(フリガナ)			