**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（償還払い）**

令和　　年　　月　　日

　幕別町長　様

　　　　　　　　　　　　　申請者（保護者）　郵便番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話　　　　（　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（対象者との続柄　　　　　　　　）

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第８条の規定により、関係書類を添えて、助成金を次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被接種者  氏名 |  | 接種者  住所 | 幕別町 | 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(接種費用の領収証の写し、インフルエンザ予防接種済証の写し)

　▼該当する箇所に○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

３　振込口座(口座名義人は申請者又は被接種者)　\*通帳の写しでも可

□　ゆうちょ銀行以外の金融機関

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 銀行 ･ 信用金庫 ･ 農協 ･ （　　　　　　） | | |
| 本支店名 | 本店 ･ 支店 ･ (　　　) | | |
| 預金種別 | 普通・当座 | 口座番号 |  |
| フリガナ |  | | |
| 口座名義人 |  | | |

□　ゆうちょ銀行

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 店　　名 |  | 店　　番 |
| 預金種別 | □　普通  □　貯蓄 | 振込専用口座番号 |
| フリガナ |  |  |
| 口座名義人 |  |  |