

様式第 3 号（第 9 条関係）

小児インフルエンザ予防接種助成金請求書

多可町長 様

小児インフルエンザ予防接種に要した費用について助成を受けたいので、別紙医療機関が発行するワクチン接種を証する書類及び助成券を添えて請求いたします。

年 月 日

金 円

（申請者）住所

氏名

（TEL： ）

（被接種者との続柄： ）

（発行責任者、担当者及び連絡先も上記同様）

	被接種者 1	被接種者 2	被接種者 3
氏 名			
生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
助成金額	円	円	円

【口座振込先】※申請者本人名義の口座をご記入ください。

金 融 機 関 名	銀行・信用組合・信用金庫 労働金庫・農協 支店
口 座 種 別	☐ 普通 ☐ 当座 ☐ その他（ ）
口 座 番 号	
（ カ タ カ ナ ）	
口 座 名 義	

添付書類：領収証の写し、助成券（紛失の場合は不要）