

## 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 \_\_\_\_\_ 印

(TEL : \_\_\_\_\_ )

(被接種者との続柄 : \_\_\_\_\_ )

	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	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 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）