

豊浦町インフルエンザ予防接種費用助成申請書

被接種者	フリガナ			生年月日	年 月 日生
	氏名				( 歳)
	住所	〒049- 豊浦町字		電話番号 ( ) -	
回数	1回目		2回目※13歳未満		
区分 ※該当の区分に○を付けてください。	(全額助成) ・生後6ヶ月以上13歳未満 ・13歳～満18歳に達する日以後の最初の3月31日までの方 ・定期接種対象者 ・生活保護受給者 (助成上限額2,000円) ・上記以外の方		(全額助成) ・生後6ヶ月以上13歳未満		
接種日					
接種費用	円		円		計 円

豊浦町長 様

インフルエンザ予防接種費用について、償還払を申請します。

年 月 日

※被接種者が乳幼児、学生の場合は保護者

申請者氏名 (印)

※被接種者と同じ場合は記入不要

申請者住所 〒049- 豊浦町字 電話番号 ( ) -

申請者以外の口座に振り込む場合は、下記に記入してください。

住所 豊浦町字

上記申請額の受領を (印) に委任します。

氏名 (印)

住所 豊浦町字

委任者 氏名 (印)

口座振替 依頼欄	銀行 信金 農協 漁協	本店	種目	口座番号					
		支店	1普通預金 2当座預金 3その他						
フリガナ									
口座 名義人									

※添付書類：当該申請の対象であるワクチン接種の領収書及び接種済証等接種を証明する書類