

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 日生		
	氏名			年	月	日	(歳)
	住所	〒049- 豊浦町字		電話番号 () -			
回数	1回目		2回目				
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歳未満の方 ・13歳～満18歳に達する日以後の最初の3月31日までの方 ・定期接種対象者相当年齢の方 ・生活保護受給の方 ・妊婦 (助成上限額1,500円) ・上記以外の方		(全額助成) ・生後6ヶ月以上13歳未満の方 ※1回目の接種時に12歳で、2回目の接種時に13歳の方も含む				
接種日							
接種費用	円		円		接種費用計		円
助成額	円		円		助成額計		円

豊浦町長 村井 洋一 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 _____ 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	本店 支店	種目	口座番号						
	信金		1普通預金							
	農協		2当座預金							
フリガナ	漁協		3その他							
口座 名義人										

添付書類：①当該申請の対象であるワクチン接種の領収書
 ②母子手帳（妊婦のみ）
 ③その他町長が必要と認めるもの