

こどものインフルエンザ予防接種費用助成金交付申請書

年 月 日

一宮町長 あて

助成対象者 (保護者)	住 所	一宮町
	氏 名	(接種対象者との続柄：)
	電話番号	

インフルエンザ予防接種費用の助成を受けたいので、一宮町こどものインフルエンザ予防接種費用助成事業実施要綱第9条の規定により申請します。

1 接種対象者

フリガナ				
氏 名				
住 所	一宮町			
生年月日	年 月 日生			
接種日・接種時	1 回目	年 月 日	歳 か月	円
年齢・接種料金	2 回目	年 月 日	歳 か月	円

フリガナ				
氏 名				
住 所	一宮町			
生年月日	年 月 日生			
接種日・接種時	1 回目	年 月 日	歳 か月	円
年齢・接種料金	2 回目	年 月 日	歳 か月	円

フリガナ				
氏 名				
住 所	一宮町			
生年月日	年 月 日生			
接種日・接種時	1 回目	年 月 日	歳 か月	円
年齢・接種料金	2 回目	年 月 日	歳 か月	円

(裏)

2 振込先

金融機関	銀行 ・ 金庫 本店 ・ 支店 組合 ・ 農協 支所			
	種類	普通 ・ 当座	口座番号	
	ゆうちょ銀行	普通 当座	(店番)	(口座番号)
口座名義人	フリガナ			

※ゆうちょ銀行へのお振込みの場合は、店番号は3桁の漢数字、口座番号は7桁の数字で御記入ください。

3 添付書類

- ☐ 領収証（原本）
- ☐ 予防接種の記録がわかるもの
- ☐ 振込先金融機関口座通帳の写し