

様式第 1 号（第 4 条関係）

年 月 日

美浜町長 様

申請者(保護者)

住所

氏名 印

電話

美浜町子どもインフルエンザ予防接種費助成金交付申請書・請求書

このことについて、美浜町子どもインフルエンザ予防接種費助成事業を実施したので、下記のとおり助成金の交付を申請・請求します。

【対象者】

氏 名		生年月日	年 月 日(歳)
住 所	美浜町	第 号	番地
他の助成制度 による 給 付	無 ・ 有（本事業以外からの助成）：給付額 円		
接種回数	接種日	医療機関名	
回 目	年 月 日		
回 目	年 月 日		
助成金額	円(内訳 @1,000円× 回)		

上記のとおり実施しましたインフルエンザ予防接種費を次のとおり請求します。

金額 円

【口座振込先】

金融機関名	銀行	支店名	支店
口座種別	普通・当座	口座番号	
ふりがな 口座名義人			

【添付書類】

- (1) 医療機関が発行する支払証明書（領収書）
- (2) 医療機関が発行する接種証明書
- (3) 町長が必要と認める証明書等