

今別町長 様

申請者 \*被接種者が18歳未満の場合保護者

氏名 \_\_\_\_\_

住所 今別町大字 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

今別町インフルエンザ予防接種費用助成申請書兼請求書

インフルエンザ予防接種費用助成金の交付をうけたいので、令和3年度新型コロナウイルス感染症対策に係るインフルエンザ予防接種費用助成要綱第5条の規定に基づき、接種を証する領収書（原本）を添えて次のとおり申請（請求）します。

請求金額			円			
(内訳)被接種者	氏名	生年月日	申請者との続柄	接種日	医療機関名	接種費用
		( 歳)	本人・子 他( )	R . .		円
		( 歳)	配偶者・子 他( )	R . .		円
		( 歳)	子・その他 ( )	R . .		円
		( 歳)	子・その他 ( )	R . .		円
	( 歳)	子・その他 ( )	R . .		円	
振込先	(フリガナ) 口座名義					
	金融機関名	銀行・農協			支店	
	口座種類・番号	(種類) 普通・当座	(口座番号)			

(注意事項)

- 金融機関口座名義は申請者本人のものに限ります。
- 助成額は、接種費用の全額とし、助成回数は、1人につき1回（ただし13歳未満は2回）です。
- 領収証は、インフルエンザの予防接種を受けたことが分かるものとし、「被接種者氏名」「接種日」「医療機関名」「接種費用」が明記されているもののみ有効です。レシートは対象外となります。