

インフルエンザ等予防接種助成申請書

令和      年      月      日

更別村長    西    山            猛    様

申請者（保護者）  
住      所（行政区）  
氏      名  
電話番号

インフルエンザ等予防接種の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請  
します。

|                              |                                            |                         |  |
|------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------|--|
| 予 防 接 種 名                    | インフルエンザ（注射）<br>インフルエンザ（経鼻）<br>新型コロナウイルス感染症 |                         |  |
| 接種を受けた<br>者の氏名及び<br>生 年 月 日  |                                            |                         |  |
|                              | 年      月      日      生                     | 申請者との<br>続            柄 |  |
| 助 成 申 請 金 額                  | 円                                          |                         |  |
| 接      種      日              | 年      月      日                            |                         |  |
| 接種を受けた<br>医 療 機 関            |                                            |                         |  |
| 振    込    先<br>金   融   機   関 | 金 融 機 関 名                                  |                         |  |
|                              | 口 座 番 号                                    | 普通・当座                   |  |
|                              | 口 座 名 義 人                                  |                         |  |

添付書類      接種を受けた医療機関の領収書