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）  インフルエンザ（経鼻）  新型コロナウイルス感染症 | | | |
| 接種を受けた者の氏名及び生年月日 |  | | | |
| 年 月 日　生 | | 申請者との続柄 |  |
| 助成申請金額 | 円 | | | |
| 接種日 | 年 月 日 | | | |
| 接種を受けた医療機関 |  | | | |
| 振込先  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