

年 月 日

インフルエンザ予防接種費用助成金交付申請書

下松市長 様

申請者 住所  
氏名  
連絡先（電話）

インフルエンザ予防接種に係る助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。

| 予防接種を受けた方 | ふりがな<br>氏名 | 生年月日   | 申請者との<br>続柄 | 接種日   | 助成金<br>(上限 2,500<br>円) |
|-----------|------------|--------|-------------|-------|------------------------|
|           |            | 年 月 日  |             | 年 月 日 |                        |
|           |            | 年 月 日  |             | 年 月 日 |                        |
|           |            | 年 月 日  |             | 年 月 日 |                        |
| 助成金申請額    |            | (合計金額) |             |       | 円                      |

| 振込先  | 金融機関名 | 銀行<br>金庫<br>組合 | 普通<br>・<br>当座 | 支店・支所<br>本店・本所<br>出張所 |  |  |  |  |  |  |
|------|-------|----------------|---------------|-----------------------|--|--|--|--|--|--|
|      | フリガナ  |                |               | 口座<br>番号              |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義 |       |                |               |                       |  |  |  |  |  |  |

(添付書類)

- 医療機関発行の予防接種費用領収書
- 対象者の予防接種事実を確認できる書類。ただし、領収書で確認できる場合は、省略できるものとする。