

様式第4号（第7条関係）

三戸町子どもインフルエンザ予防接種助成金（償還払）申請書兼請求書

三戸町長 殿

申請者（保護者）

住 所

氏 名

印

電話番号

下記のとおり子どものインフルエンザ予防接種を受けましたので、接種費用の助成を申請します。

予防接種の種類		季節性インフルエンザワクチン		
申請年月日		令和 年 月 日		
被接種者 （接種を受けた 子どもの氏名）	ふりがな			
	氏 名			
	生年月日		年 月 日生	
接種状況	医療機関名			
	接 種 日	1回目	令和 年 月 日	
		2回目	令和 年 月 日	
	接 種 費 用	1回目	円	
		2回目	円	
合計		円		
申請者 の振込先 （保護者）	金融機関名		銀行・農協・金庫・組合 支店	
	口座の種別		普通・当座	口座番号
	フリガナ			
	口座名義人			

添付書類

- 医療機関が発行した予防接種の領収書
- 接種日が記載された母子健康手帳又は接種済証などの予防接種を確認できる書類
- 助成金の振込先口座の通帳の写し