

奈半利町インフルエンザワクチン接種費用助成申請書

年 月 日

奈 半 利 町 長 様

申 請 者 氏 名	住 所	電 話 番 号
印	奈半利町 番地	— —

インフルエンザワクチンを接種したので、関係書類を添付し費用助成金を申請します。

ふりがな 被接種者名	生年月日	年齢 (接種日)	申請者 との 続柄	接種日	申請額
	年 月 日			年 月 日	円
	年 月 日			年 月 日	円
	年 月 日			年 月 日	円
	年 月 日			年 月 日	円
申 請 額 合 計				円	

(添付書類) 医療機関発行の領収書(領収書には以下①～⑤の記載が必要です。不足している場合は医療機関に記載を依頼してください)

①接種日 ②接種者の氏名 ③医療機関名 ④医療機関の領収印 ⑤但し書き部分が『インフルエンザ予防接種代』となっている事(『予防接種代』だけでは不可)

*代理申請者

住 所 : 電話

氏 名 : 印 (関係)

奈半利町インフルエンザワクチン接種費用助成金請求書

請 求 金 額 _____ 円也

奈半利町インフルエンザワクチン接種費用助成金交付要綱第 9 条に基づき、
次のとおりインフルエンザワクチン接種費用助成金を請求します。

年 月 日

奈 半 利 町 長 様

(請 求 者)

住 所 : _____

氏 名 : _____ 印

助 成 金 振 込 先 (申請人口座に限 ります。)	金融機関	銀行・信金 農協・漁協		本店・支店 本所・支所
	預金種目	当座・普通	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人			