

様式第2号(第8条関係)

【世帯番号 ー ー ー】

No.	ー
-----	---

インフルエンザ予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

あて先 川根本町長

申請者住所 川根本町.....

(被接種者が20歳未満の場合、申請者は保護者)

氏名

(被接種者) 氏名

生年月日年 月 日

電話番号(.....)

接種回数	接種日	接種料金 A	自己負担金 B	助成額 A-B
1回目	年 月 日	円	円	円
2回目	年 月 日	円	円	円
合計		円	円	円

振込先金融機関名	銀行 信用金庫 農協	本店 支店 支所 出張所
口座番号	普通・当座
フリガナ	
口座名義人	

※接種医療機関の予防接種料金領収書及び予防接種済証を添付してください。

町確認欄

助成該当区分	全額・一部	全額助成該当事由	生活保護受給者
確認した接種 助成対象者 (○で囲む)	① 乳幼児～13歳未満 ② 中学生相当(13歳～15歳) ③ 高校生相当(16歳～18歳相当) ④ 19歳～64歳 ⑤ 60歳以上65歳未満の一部の者 ⑥ 65歳以上の高齢者		

交 付 決 定 額	円
-----------	---