

湧別町インフルエンザ予防接種料金助成申請書

令和 年 月 日

湧 別 町 長 様

申請者

住 所：湧別町

フリガナ：.....

氏 名：.....

電話番号：.....

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を申請します。

インフルエンザワクチンを接種した方について記載してください。

住 所	湧別町			
フリガナ				
氏 名				
生 年 月 日	大・昭 年 月 日 平・令 (満 歳)	大・昭 年 月 日 平・令 (満 歳)	大・昭 年 月 日 平・令 (満 歳)	
接 種 年 月 日				
1回目	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
2回目	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
接種医療機関				
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	.....		

(添付書類)1 医療機関発行の領収書

(インフルエンザ予防接種を受けたことを証明できるもの)