様式第1号(第5条関係)

**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  平・令 | 年　月　日  (満　　歳) | | 大・昭  平・令 | 年　月　日  (満　　歳) | | 大・昭  平・令 | 年　月　日  (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)