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)