

様式第1号 (第7条関係)

年 月 日

早川町長 様

申請者 (保護者)

住 所

氏 名

㊞

電話番号

子どものインフルエンザ予防接種費用助成金申請書兼請求書

早川町子どものインフルエンザ予防接種費用助成事業実施要綱の規定に基づき、助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請及び請求します。

1 接種対象者 (子ども)

氏名	生年月日	接種時の年齢	インフルエンザワクチン接種日		
	年 月 日	歳 月	1回目	年	月 日
			2回目	年	月 日
	年 月 日	歳 月	1回目	年	月 日
			2回目	年	月 日
	年 月 日	歳 月	1回目	年	月 日
			2回目	年	月 日
	年 月 日	歳 月	1回目	年	月 日
			2回目	年	月 日
	年 月 日	歳 月	1回目	年	月 日
			2回目	年	月 日

※1回の接種の人は1回目のみ記入

2 助成金申請額

円

[(接種回数) × 2,600円 (1回の助成額) = (申請額)]

3 振込先

金融機関名		店名	
口座種別	1 普通 2 当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			

(注意事項)

- 申請期限：接種した年度の2月末まで
- 添付書類：インフルエンザ予防接種を受けたことがわかる領収書 (原本)