

任意予防接種助成金交付申請書（小児用インフルエンザ用）

年 月 日

大熊町長 様

任意予防接種を受けたので、添付書類を添えて助成金の交付申請をします。

申請者（保護者）	住所	大熊町大字		
	氏名	(印)		
	電話番号	()		
	振込先口座	金融機関名	銀行・農協 信組・金庫	本店 支店
		預金種別	普通 ・ 当座	
		口座番号		
フリガナ				
口座名義人				
予防接種名	小児用インフルエンザ			
予防接種を受けた方の情報				
氏名 / フリガナ / 生年月日	接種回数	接種年月日	医療機関名	接種料金
【1人目】 年 月 日	1回目	年 月 日		円
	2回目	年 月 日	<input type="checkbox"/> 同上	円
【2人目】 年 月 日	1回目	年 月 日	<input type="checkbox"/> 同上	円
	2回目	年 月 日	<input type="checkbox"/> 同上	円
【3人目】 年 月 日	1回目	年 月 日	<input type="checkbox"/> 同上	円
	2回目	年 月 日	<input type="checkbox"/> 同上	円
接種料金合計（助成申請額）				円

【添付書類】

- 領収書の原本（接種者本人の名前と接種年月日がわかるもの、レシート不可）
- 母子手帳または予診票のコピー（接種者やワクチンのロット番号を確認するため）

【大熊町記入欄】	助成決定額
	円