

上川町季節性インフルエンザワクチン予防接種費用助成交付申請書

上川町長 様

平成29年12月20日

記入例
太枠内の項目にご記入ください

申請者

住所 上川町 南町180
氏名 上川 町子 印

以下のとおり、季節性インフルエンザワクチン予防接種費用の助成交付を申請します。

	氏名	生年月日	接種日	
			1回目	2回目
接種者	上川 町江	大正 昭和 平成 22年10月21日(70歳)	H29年12月15日	年月日
		大正 昭和 平成 年月日(歳)	年月日	年月日
		大正 昭和 平成 年月日(歳)	年月日	年月日
接種医療機関名	●●クリニック			
自己負担額	円			
振込口座	●● 銀行・信金 農協 上川 店・支店 支所 ・ゆうちょ銀行			
	口座番号(普通・当座)	●●●●●●●●		
	口座名義(フリガナ)	カミカワ マチエ 上川 町江		

※ 添付書類

1. 予防接種を受けた医療機関が発行した領収書(写し可)
2. 予防接種を受けた医療機関から予診票を受け取った場合は、その予診票(写し可)

助成額	円 ※記入しないでください
-----	------------------

様式第1号（第4条関係）

上川町季節性インフルエンザワクチン予防接種費用助成交付申請書

上川町長

様

年 月 日

申請者

住所 上川町

氏名

㊞

以下のとおり、季節性インフルエンザワクチン予防接種費用の助成交付を申請します。

	氏名	生年月日	接種日	
			1回目	2回目
接種者		大正 昭和 平成 年 月 日 (歳)	年 月 日	年 月 日
		大正 昭和 平成 年 月 日 (歳)	年 月 日	年 月 日
		大正 昭和 平成 年 月 日 (歳)	年 月 日	年 月 日
接種医療機関名				
自己負担額	円			
振込口座	銀行・信金・農協 ・ゆうちょ銀行 店・支店・支所 口座番号（普通・当座） _____ 口座名義（フリガナ） _____			

※ 添付書類

1. 予防接種を受けた医療機関が発行した領収書（写し可）
2. 予防接種を受けた医療機関から予診票を受け取った場合は、その予診票（写し可）

助成額	円 ※記入しないでください
-----	------------------