

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 令和 年 月 日 (歳)	年 月 日	年 月 日
		大正 昭和 平成 令和 年 月 日 (歳)	年 月 日	年 月 日
		大正 昭和 平成 令和 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		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
-----	------------------