

木城町インフルエンザ任意予防接種費用助成申請書

年 月 日

木城町長 殿

次のとおり、関係書類を添えてインフルエンザ任意予防接種費用助成を申請しますので、給付にあたっては、下記の口座へ振り込みください。なお、本申請にあたり申請者及び被接種者の住民基本台帳を確認することについて同意します。

申請額	円
-----	---

- ・予防接種費用が2,000円以上の場合⇒ 

申請額	2,000円
-----	--------
- ・予防接種費用が2,000円未満の場合⇒ 

申請額	窓口で支払った金額
-----	-----------

【太枠内をご記入ください。】

①申請者は、被接種者または同一世帯の方とします。

申請者	住 所	木城町大字			生年月日(年齢)
	フリガナ		接種者との続柄		昭和・平成 年 月 日 ( 歳)
	氏 名		父・母 その他( )		
	電話番号 (日中連絡がとれる)	( ) - -			

※②被接種者と申請者が異なる場合にご記入ください(申請者が被接種者本人である場合は☑をお願いします)

※被接種者	住 所	木城町大字			生年月日(年齢)
	フリガナ		申請者との続柄		昭和・平成 年 月 日 ( 歳)
	氏 名		父・母 その他( )		
	電話番号 (日中連絡がとれる)	( ) - -			
☐ 申請者が被接種者本人である。					

③振込先氏名と申請者氏名は必ず同一人物になるようにお願いします。

振込先	金融機関名	銀行 信用金庫 農協 ゆうちょ銀行			本店 支店 出張所		
	種 目	・普通 ・当座	店番号	口座番号(右寄せで記入してください)			
	ゆうちょ銀行 (郵便局)	記号(右寄せで記入してください)			口座番号(右寄せで記入してください)		
	口座名義人 (申請者)	フリガナ 氏名					

【町記入欄】

チェック欄	確認書類	助成決定額
	予防接種済証	円
	健康手帳等	
	領収書	
	振込先通帳	

※確認書類添付

