

(様式1)

厚真町予防接種助成申請書 (小児季節性インフルエンザ)

平成 年 月 日

厚真町長 様

申請者 住 所 厚真町

氏 名 印

記

1. 予防接種を受けた者

住所	厚真町			生年月日 (年齢)	平成 年 月 日生 (歳 カ月)
氏名		性別	男・女		

2. 接種費用 計 _____ 円

(内訳)

	予防接種名	接種年月日	接種医療機関	接種費用
①				
②				

委託外の医療機関で接種した理由：

上記助成金を、次の口座に振り込みしてください。

金融機関名	銀行 農協 信用金庫・信用組合			支店
預金種別	普通・当座・()	フリガナ 口座名義人	()	
口座番号				

※領収書 (必須) と予診票の写し (ある場合) を添付のうえ申請してください。

対象期間：平成29年11月1日～平成30年1月31日

以下は記入しないでください

受付年月日	
交付金額	円

今年度当該ワクチンの接種助成申請の有無
あり ・ なし