

(様式1)

厚真町予防接種助成申請書 (高齢者インフルエンザワクチン)

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 月 日生 年 齢 (歳 カ月)	明・大・昭 年 月 日生 (歳 カ月)
氏名		性別	男・女		

2. 接種費用 _____ 円

接種医療機関 _____

委託外の医療機関で接種した理由:

上記費用にかかる助成金を、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) を添付の上、申請願います。
※対象期間 平成29年11月1日から平成30年1月31日までの接種分

以下は記入しないでください

受付年月日	
交付金額	円