

別記様式（第6条）

（表）

栄町妊婦等のインフルエンザ予防接種費用助成金支給申請書兼請求書

年 月 日

栄町長 様

住 所  
申 請 者 氏 名  
(助成対象者) 電話番号 印

インフルエンザの予防接種に係る費用の助成を受けたいので、栄町妊婦等のインフルエンザ予防接種費用の助成に関する要綱第6条の規定により、次のとおり申請の上、請求します。

1 被接種者名等

助成対象区分 ※1	被接種者名	生年月日	接種日	医療機関名	自己負担額	助成申請額 ※2
妊婦・子ども・児童						
妊婦・子ども・児童						
妊婦・子ども・児童						
妊婦・子ども・児童						
妊婦・子ども・児童						
妊婦・子ども・児童						

※1 「子ども」とは生後6月以上13歳未満の子、「児童」とは13歳から中学3年生までの子をいいます。

※2 助成申請額は、記入しないでください。

2 振込先

金融機関	銀行・信金		本店・支店
	信組・農協		本所・支所
預金種目	1 普通	2 当座	口座番号
フリガナ			
口座名義人			

3 添付書類

- (1) 助成対象予防接種に係る領収書
- (2) 助成対象予防接種を受けたことを証する書類
- (3) 預金通帳の写しその他の助成金の振込先として指定する金融機関の口座を確認することができる書類
- (4) その他 ( )

(裏)

4 同意欄

同 意 書	
私達は、助成金の支給の可否の決定に当たり、栄町が保有する私達の住所に関する情報について、栄町職員が調査することに同意します。	
申請者氏名	_____
世帯員氏名 (子ども・児童)	_____ _____ _____ _____
(注) 氏名は、自署又は記名押印してください。	