

新郷村インフルエンザ予防接種費用助成金償還払給付申請書

令和 年 月 日

新郷村長 様

下記のとおり新郷村インフルエンザ予防接種費用助成金を申請します。

記

申請者	フリガナ		生年月日	昭和			
	氏名	印		平成	年	月	日
	住所	新郷村 電話（ ） —					
請求額	円（A）と（B）のいずれか少ない額						
	助成上限額（A）			接種費用（B）			
	①4,000円 ②3,000円 <small>※①13歳未満の者、②13歳以上65歳未満の者</small>			円			
予防接種を受けた医療機関				接種年月日	令和	年	月 日
振込先	金融機関名	銀行 組合 金庫 農協		店名	本店 支店 出張所		
	預金種別	普通・当座		フリガナ			
	口座番号						口座名義人

3 添付書類

- 領収書
- 接種歴を確認できるもの（母子健康手帳、接種済証等）
- 助成金の振込を希望する金融機関の通帳の写し

被 接 種 者	フリガナ		生年 月日	昭和 平成 令和	年 月 日	
	氏 名					
	申請者との続柄					
	フリガナ		生年 月日	昭和 平成 令和	年 月 日	
	氏 名					
	申請者との続柄					
	フリガナ		生年 月日	昭和 平成 令和	年 月 日	
	氏 名					
	申請者との続柄					
	フリガナ		生年 月日	昭和 平成 令和	年 月 日	
	氏 名					
	申請者との続柄					
フリガナ		生年 月日	昭和 平成 令和	年 月 日		
氏 名						
申請者との続柄						