

新郷村インフルエンザ予防接種費用助成金償還払申請書

年 月 日

新郷村長 様

下記のとおり関係書類を添えて、インフルエンザ予防接種費用助成金を申請します。

申請者	氏名	
	住所	新郷村大字

別表の助成金を下記により支払ってください。

振込先	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合	本店 支店 出張所	種目	口座番号					
	金融機関コード	店舗コード	1. 普通預金						
			2. 当座預金						
			3. その他						
	フリガナ								
	口座名義人								

添付書類

- 領収書
- 接種履歴を確認できるもの（接種済証、母子手帳等）
- 助成金の振り込み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					
	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)			
		2,000 円/回 (6 月～13 歳未満) 3,000 円/回 (13 歳以上)	円 (1 回・2 回)			
	接種医療 機関名		接 種 年 月 日	年 月 日		
	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					
	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)			
2,000 円/回 (6 月～13 歳未満) 3,000 円/回 (13 歳以上)		円 (1 回・2 回)				
接種医療 機関名		接 種 年 月 日	年 月 日			
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						
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)				
	2,000 円/回 (6 月～13 歳未満) 3,000 円/回 (13 歳以上)	円 (1 回・2 回)				
接種医療 機関名		接 種 年 月 日	年 月 日			