様式第１号（第９条関係）

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　　年　　月　　日  令和 | |
| 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）  9,200円／回（経鼻薬） | 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　　年　　月　　日  令和 |
| 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）  9,200円／回（経鼻薬） | 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　　年　　月　　日  令和 |
| 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）  9,200円／回（経鼻薬） | 円（１回・２回） | | |
| 接種医療機関名 |  | 接　種  年月日 | | 年　　　月　　　日 |