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 |