様式第１号（第９条関係）

新郷村高齢者等インフルエンザ予防接種費用助成金申請書

　　年　　月　　日

新郷村長　様

下記のとおり関係書類を添えて、高齢者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 |

（注）この申請書に領収書を添付してください。

上記の助成金を下記により支払ってください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座振替 | 　銀　行　　　　信用金庫信用組合農業協同組合 | 　　　本店　　　支店 | 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 | 大正昭和　　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） |
| 3,000円／回 | 円 |
| 接種医療機関名 |  | 接　種年月日 | 　　年　　　月　　　日 |
| フリガナ |  | 生年月日 | 大正昭和　　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） |
| 3,000円／回 | 円 |
| 接種医療機関名 |  | 接　種年月日 | 　　年　　　月　　　日 |
| フリガナ |  | 生年月日 | 大正昭和　　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） |
| 3,000円／回 | 円 |
| 接種医療機関名 |  | 接　種年月日 | 　　年　　　月　　　日 |