

様式第3号（第10条関係）

大槌町子どもインフルエンザ予防接種費用助成金償還払申請書兼請求書

年 月 日

岩手県 大槌町長 平野 公三

申請者  
住 所  
氏 名 (印)  
(被接種者との続柄： )  
電話番号

令和 年度大槌町の子どもインフルエンザ予防接種費用助成の償還払を受けたいので、大槌町子どもインフルエンザ予防接種費用助成事業実施要領の第10条の規定に基づき、関係書類を添えて下記のとおり申請及び請求します。

記

接 種 者	住所	〒 岩手県上閉伊郡大槌町		
	フリガナ		生年月日	年 月 日生 ( )歳
	氏名			
保護者氏名			連絡先	- -
接種機関		(医院名)	(所在地)	都・道・府・県 市・区・町・村
実施費用額 ※接種費用を記入		(1回目) 円	(2回目)	円
助成額 ※町が記入します		円 ※上限：1回接種につき2,000円助成		

振込先

金融機関名 (ゆうちょ銀行を除く)	支店名	分類	口座番号 (右詰めでお書きください)	口座名義人
銀行 信組 金庫 信連 農協 信漁連 漁協		普通 当座		(フリガナ)
ゆうちょ銀行(郵便局) (通常貯蓄金への振り込みはできません)	店番		口座番号 (右詰めでお書きください)	口座名義人 (フリガナ)

添付書類

- (1) 領収書の写し
- (2) 予防接種の内容が確認できる書類（母子健康手帳や接種済証の写し）
- (3) 振り込み口座の分かるもの（通帳やカードの写し等）