

様式第1号（第6条関係）

美里町中学3年生インフルエンザ予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

令和 年 月 日

美里町長 様

申請者 住 所
氏 名
電話番号
(接種対象者との続柄：)

美里町中学3年生インフルエンザ予防接種費用助成金の交付を受けたいので、美里町中学3年生インフルエンザ予防接種費用助成要綱第6条の規定により、関係書類を添えて申請します。

また、申請内容の確認のため、美里町が住民基本台帳を照会することに同意します。

| | | |
|-----------|------|----------|
| 接種対象者 | 住 所 | 美里町 |
| | フリガナ | |
| | 氏 名 | |
| | 生年月日 | 平成 年 月 日 |
| 接種医療機関名 | | |
| 接 種 年 月 日 | | 令和 年 月 日 |
| 申請額兼請求額 | | 円 |

振込先（申請者と同一名義のものに限る）

| | | | | |
|---------|-------------------------|-------|------|----------|
| 振込先金融機関 | 銀 行・信用組合 農業協同組合・信用金庫 | | | 本店 支店 |
| | 種 別 | 普通 当座 | 口座番号 | |
| | フリガナ | | | |
| | 口座名義人 | | | |

添付書類

- (1) 助成対象予防接種を受けたことを証明する書類（予防接種名が分かるもの）
- (2) 助成対象予防接種に係る領収書