

インフルエンザ予防接種費用助成申請(兼請求)書

令和 年 月 日

えりも町長 様

申請者 住所 幌泉郡えりも町字
氏名 (印)
電話 ー
(世帯主名)

令和元年度インフルエンザ予防接種費用の助成を受けたいので、次のとおり申請(請求)します。

助成対象者	氏名・生年月日・世帯主との続柄	接種料金	区分番号	助成額
	生年月日(T・S・H・R . .) 続柄()			
	生年月日(T・S・H・R . .) 続柄()			
	生年月日(T・S・H・R . .) 続柄()			
	生年月日(T・S・H・R . .) 続柄()			
	生年月日(T・S・H・R . .) 続柄()			
			申請(請求)合計額	
<p>■助成対象区分 接種費用の全額助成</p> <p>① 65歳以上の者(60~64歳重度障害者含む)</p> <p>② 乳幼児~高校3年生(小学6年生以下2回まで) ※高校生は学生証のコピー</p> <p>③ 生活保護受給者</p>				
振込金融機関名		口座番号		口座名義人
()銀行・信金・漁協・農協		普通 当座		
本店 ()支店				

次のとおり決定してよいか伺います。	町長	副町長	課長	課長補佐	係長	係
令和 年 月 日						
<input type="checkbox"/> 支給 <input type="checkbox"/> 不支給						
支給決定額	円 注：申請書には「領収書」を添付してください。					

