

和気町インフルエンザワクチン接種費用負担軽減事業申請書兼請求書

和気町長 殿				
次のとおり、インフルエンザ（H/A）ワクチン接種費用の給付を受けたいので申請（請求）します。				
申請日 (請求日)	令和 年 月 日	住所	和気町	
申請（請求）者氏名	Ⓜ	電話	()	
予防接種を受けた者の氏名	①		②	
	フリガナ		フリガナ	
	申請者との続柄 ()		申請者との続柄 ()	
生年月日	平成/令和 年 月 日	生年月日	平成/令和 年 月 日	
接種回数	1回目	2回目	1回目	2回目
接種日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日
医療機関名				
接種費用	円	円	円	円
支給上限額	1,000円	1,000円	1,000円	1,000円
請求金額	円			
添付書類	①領収書原本【（被接種者氏名、予防接種名、1回あたりの金額、接種日、領収印のすべてが明記されたものに限ります。（レシートは不可）】 ②母子手帳のコピーまたは予防接種済証写し			
振込先	フリガナ			
	口座名義人	※申請者以外の口座名義の場合は委任状が必要です。		
	金融機関名	銀行・農協 信用金庫・信用組合	本店・支店 支所	
	預金の種類	1 普通預金 2 当座預金 3 貯蓄預金	口座番号	

課長	課長代理	課長補佐	係長	合議	担当

上記申請に基づき、予防接種費用の給付を行ってよろしいか。

決裁年月日 令和 年 月 日