

様式第1号（第4条関係）

湯川村インフルエンザ予防接種助成金交付申請書

年 月 日

湯川村長 様

住所 969-  
申請者 湯川村  
氏名 \_\_\_\_\_ 印  
続柄 父・母・他（ \_\_\_\_\_ ）  
電話番号 \_\_\_\_\_

下記のとおりインフルエンザ予防接種の助成を受けたいので、湯川村インフルエンザ予防接種助成金支給要綱第4条の規定により申請します。

記

1 助成申請額 \_\_\_\_\_ 円

（申請額欄は、それぞれ予防接種を受けた者の接種料金の合計額の二分の一若しくは上限額で算定した額を記入して下さい。端数は切り捨てとなります。）

2 予防接種を受けた者

	氏名	性別	生年月日	接種日	接種料金の額
1			年 月 日 ( 歳)	1回目	円
				2回目	円
2			年 月 日 ( 歳)	1回目	円
				2回目	円
3			年 月 日 ( 歳)	1回目	円
				2回目	円
4			年 月 日 ( 歳)	1回目	円
				2回目	円
5			年 月 日 ( 歳)	1回目	円
				2回目	円
合 計					円

3 振込口座（申請者名義としてください。）

金融機関名	銀行・信組 信金・農協	預金種別	普通	口座番号	
支店名		(フリガナ) 口座名義人			
	支店				

※ 接種したことを証明できる領収書等を添付してください。