

開成町インフルエンザ任意予防接種費用助成申請書兼請求書

年 月 日

開成町長 様

申請者（保護者・妊婦） 住 所

氏 名 ⑩

続 柄

電話番号

次のとおり、インフルエンザ任意予防接種費用の助成を受けたいので申請します。

接種対象者の 住 所			
接種対象者の 氏 名			
生年月日	年	月	日（ 歳）
補助回数	<input type="checkbox"/> 乳幼児 1 回 上限：3,500 円	<input type="checkbox"/> 乳幼児 2 回 上限：3,500 円	<input type="checkbox"/> 妊婦 上限：4,400 円
医療機関名			

次の口座へ振り込みを依頼します。

請 求 額		円		
振込先	金融機関名		支店等名	
	預金の種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座		
	口座番号			
	フリガナ			
	口座名義人			

注 □のある欄には、該当する□内に✓印を記入してください。

※領収書を必ず添付してください。