

様式第1号（第6条関係）

吉見町中学3年生インフルエンザ予防接種助成金交付申請書

年 月 日

吉見町長 あて

申請者 住 所  
 (保護者) 氏 名  
 (接種対象者との続柄： )  
 電話番号

吉見町中学3年生インフルエンザ予防接種助成事業実施要綱第6条の規定により、助成金の交付を申請します。

なお、申請内容について、吉見町が保有する個人情報を閲覧・調査すること及び医療機関等に問い合わせることに同意します。

◆接種状況について

予防接種を受けた人	フリガナ 氏 名		生年月日
			年 月 日
	住所	吉見町	
	学校名(学年)	( )	
接種年月日	年 月 日	医療機関名( )	
申請金額			
※1 予防接種費用から1,000円を除いた額(上限額5,000円)			円
※2 生活保護受給者の方は接種費用の全額			

◆振込先について(申請者名義のものに限る。)

振込口座	金融機関名	銀行・農協 金庫・組合		本店 支店
	預金の種類	普通・当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人			

◆添付書類

- 領収書の原本
- 振込先確認書類(通帳又はキャッシュカードの写し)
- 生活保護受給者の方は、受給資格を証明する書類の写し

※注意事項

領収書にて確認する事項は、①接種対象者の氏名②予防接種を受けた日③予防接種の種類④医療機関名⑤費用の額の5項目です。領収書の記載事項に不足がある場合は、医療機関において領収書に補記及び押印していただくか、接種済証や母子健康手帳の写し等を併せて添付し、5項目すべてを確認できるようにしてください。