

東栄町インフルエンザ予防接種費用助成申請書

令和 年 月 日

東 栄 町 長 殿

申請者 住 所 東栄町大字
氏 名
電話番号

印

下記のとおり予防接種をしたので助成金の交付を申請します。

予 防 接 種 の 概 要	予防接種の種類	インフルエンザ
	対 象 者 (○で囲む)	● 65 歳以上 ● 60 歳以上 65 歳未満 心臓、腎臓、呼吸器、ヒト免疫不全ウイルスによる機能のいずれかに障害を有する人
	接 種 年 月 日	令和 年 月 日
	医 療 機 関 名	
	接 種 証 明	別添医療機関領収書のとおり

被 接 種 者	氏 名	性 別	生年月日
	フリガナ	男・女	大正・昭和
			年 月 日

振 込 先	金融機関名	支店名	口座種別
			普通・当座
	口座番号	口座名義 (フリガナ)	
		()	

*医療機関領収書を添付してください。