様式第３号（第５条関係）

東栄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

東　栄　町　長　殿

申請者　住　　所　東栄町大字
氏　　名　　㊞
電話番号

下記のとおり予防接種をしたので助成金の交付を申請・請求します。

被接種者名	ﾌﾘｶﾞﾅ	性別	男・女
	氏名	生年月日	年　月　日
接　種　年　月　日	年　月　日		円
接種費用	年　月　日		円
医　療　機　関　名			
添付書類	接種日・接種金額がわかる医療機関領収書を添付		

被接種者名	ﾌﾘｶﾞﾅ	性別	男・女
	氏名	生年月日	年　月　日
接　種　年　月　日	年　月　日		円
接種費用	年　月　日		円
添付書類	接種日・接種金額がわかる医療機関領収書を添付		

被接種者名	ﾌﾘｶﾞﾅ	性別	男・女
	氏名	生年月日	年　月　日
接　種　年　月　日	年　月　日		円
接種費用	年　月　日		円
添付書類	接種日・接種金額がわかる医療機関領収書を添付		

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）	
		（　　）	