

様式第1号（第4条関係）

玉城町インフルエンザ予防接種費助成金交付申請書

年 月 日

玉城町長 宛

請求者（保護者）住所 玉城町

氏名

電話番号

下記のとおり、インフルエンザの予防接種を受けましたので、予防接種費助成金を交付されたく、領収書を添えて申請します。

1 請求額 円

2 被接種者名及び請求内訳

| 被接種者名 | 生年月日 | 被接種日 | 接種金額 | 接種医療機関名 | 助成額 |
|-------|------|-------|------|---------|-----|
| | | 年 月 日 | | | 円 |
| | | 年 月 日 | | | |
| | | 年 月 日 | | | 円 |
| | | 年 月 日 | | | |
| | | 年 月 日 | | | 円 |
| | | 年 月 日 | | | |
| | | 年 月 日 | | | 円 |
| | | 年 月 日 | | | |
| | | | | 助成金額合計 | |

振込口座

| | | |
|-------|------------------|-----------------|
| 金融機関名 | 銀行 信用金庫 農協 | 本店 支店 出張所 |
| 口座番号 | 普通預金 NO. _____ | |
| フリガナ | | |
| 口座名義 | | |

* 金融機関名は、該当箇所に○を付けてください。