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			
		年　月　日			円
		年　月　日			
				助成金額合計	

振込口座

金融機関名	銀行　　本店 信用金庫　　支店 農協　　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。