

中能登町行政措置予防接種費用助成申請書兼請求書

年 月 日

（申請先）中能登町長

申 請 者（口座名義人と同一）

住 所 中能登町

氏 名

⑩

（被接種者との続柄 ）

電話番号

下記のとおり、行政措置予防接種（インフルエンザ）を受けたので、中能登町行政措置予防接種費用助成事業実施要綱第5条第3項の規定により申請及び請求します。

フリガナ			生年月日	年 月 日	
被接種者氏名					
住 所	☐ 申請者と同じ 中能登町				
予防接種の種類	接種日			接種費用	請求額
インフルエンザHA ワクチン	1回目	年 月 日		円	円
	2回目（13歳未満）	年 月 日		円	円
経鼻弱毒生ワクチン	1回	年 月 日		円	円
接種医療機関					
振 込 先	金 融 機 関	銀行 信用金庫 農業協同組合 郵便局			本店 支店 支所
	種 別	普通 ・ 当座	口座番号		
	フリガナ				
	口座名義人 （申請者と同一）				

添付書類：接種医療機関発行の領収書（原本）・ 母子健康手帳

本人確認	☐ 免許証 ☐ マイナンバーカード ☐ 身分証明（ ）
------	--

町処理欄	助成決定年月日	年 月 日	助成決定額	円
------	---------	-------	-------	---