

## 中能登町行政措置予防接種費用助成申請書

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 ㊞

（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します。

|                        |                                                                         |                             |                |
|------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|----------------|
| フリガナ<br>被接種者氏名         | 男<br>女                                                                  | 生年月日                        | 年 月 日          |
| 住 所                    | 中能登町                                                                    |                             |                |
| 接種ワクチン<br>(該当する回数に☑する) | インフルエンザ （ <input type="checkbox"/> 1回目 ・ <input type="checkbox"/> 2回目 ） |                             |                |
| 接種医療機関                 |                                                                         |                             |                |
| 接 種 年 月 日              | 年 月 日                                                                   |                             |                |
|                        | 年 月 日                                                                   |                             |                |
| 接種に要した費用               | 1回目                                                                     | 円                           | 2回目 円          |
| 請 求 額                  | 円                                                                       |                             |                |
| 振<br>込<br>先            | 金 融 機 関                                                                 | 銀行<br>信用金庫<br>農業協同組合<br>郵便局 | 本店<br>支店<br>支所 |
|                        | 種 別                                                                     | 普通 ・ 当座                     | 口座番号           |
|                        | フリガナ                                                                    |                             |                |
|                        | 口座名義人                                                                   |                             |                |

添付書類：接種医療機関発行の領収書（原本）・母子健康手帳・振込先のコピー

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