

中能登町行政措置予防接種費用助成申請書

令和 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		
接種ワクチン (該当する回数に☑する)	インフルエンザ （ ☐ 1回目 ・ ☐ 2回目 ）		
接種医療機関			
接 種 年 月 日	令和 年 月 日		
	令和 年 月 日		
接種に要した費用	1回目	円	2回目 円
請 求 額	円 （ 1回目：3,000円、2回目：2,000円 ）		

振 込 先	金 融 機 関	銀行・信金・農協	本店・支店・支所	
	種 別	普通 ・ 当座	口座番号	
	口座名義人 ※カナ記入			

添付書類：接種医療機関発行の領収書（原本）・母子健康手帳

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