東 通 村 長 様

申請者 住所 _____
 氏名 _____ ㊞
 対象者との続柄（ ）
 電話番号 _____

インフルエンザ予防接種助成事業交付申請書

東通村インフルエンザ予防接種費用助成を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。

フリガナ			生年月日
対象者氏名			☐ 大正、 ☐ 昭和、 ☐ 平成、 ☐ 令和 年 月 日
助成対象区分	☐ 生後6か月から18歳（高校生）までの者 ☐ 65歳以上の者 ☐ 60歳以上65歳未満の障害者 ☐ 妊婦 ☐ 生活保護世帯の者		
住 所 ・ 電 話 番 号	☐ 申請者に同じ ☐ 申請者と異なる 【住 所】 東通村大字 【電話番号】 ()		
回数	接種日	接種医療機関名	申請額
1回目	令和 年 月 日		円
2回目	令和 年 月 日		円
計			円

【振込先】

金融機関名	銀行・信漁連 農協・信用組合 信用・労働金庫		本店 支店 営業部
預金種別	普通 ・ 当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義			

【添付書類】 医療機関等が発行した領収書（原本）
 予防接種したことがわかる書類（母子健康手帳、接種済証、予診票の写しなど）
 通帳の写し（振込先が記載されている部分）
※申請者は申請書提出前に添付書類が揃っているか必ず☑を入れてください。