

中泊町インフルエンザ予防接種費用助成申請書兼請求書

令和 年 月 日

中泊町長 殿

(申請者)

住 所 〒

中泊町大字

氏 名

印

連絡先

インフルエンザの予防接種を行いましたので、中泊町インフルエンザ予防接種費用助成要綱第4条の規定により、下記の通り申請します。

対 象 児 童 氏 名	生 年 月 日	保 険 種 別
男 女	平成・令和 年 月 日	国 社 共
予防接種費用	各種保険等による助成額	申請額
1回目 円	円	円
2回目 円	円	

- ※ 申請書と一緒に、予防接種をした際の「領収書」も提出して下さい。
- ※ 「領収書」が手元に無い方は、受けた証明になるものを持参して下さい。
(病院からの領収証名等)
- ※ 各種保険証、または会社によるインフルエンザの助成がある場合は、お知らせください。
- ※ 助成があった場合で、申告がなされない時は差額分を返金させていただきます。

児童手当が振込まれている口座を希望します。

その他の口座を希望します。(通帳またはキャッシュカードの写しを添付して下さい。)

支払金融機関	銀行 信用金庫 信用組合 農協 漁協	本店 支店	口座番号

給付決定額

※給付決定額は記入しないでください

円

問い合わせ先

中泊町役場 福祉課 福祉係

電 話:0173-57-2111