

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

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していただきます。

☐ 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<br>信用金庫<br>信用組合<br>農協<br>漁協 | 本店<br>支店 | 口座番号 |
|        |                                |          |      |

※給付決定額は記入しないでください

給付決定額

円

問い合わせ先  
中泊町役場 福祉課 福祉係  
電話:0173-57-2111