

別記様式第1号（第4条関係）

厚岸町子どものインフルエンザワクチン予防接種費用助成申請書

令和 年 月 日

厚岸町長 様

申請者 住 所 厚岸町
氏 名 (続柄)
電話番号 () -

子どものインフルエンザワクチン予防接種の接種費用の助成を受けたいので、書類を添えて申請します。

接種者氏名	生 年 月 日	回 数	支 払 額	自己負担額	申 請 額
	年 月 日	1 回目	円	円	円
	(歳)	2 回目	円	円	円
	年 月 日	1 回目	円	円	円
	(歳)	2 回目	円	円	円
	年 月 日	1 回目	円	円	円
	(歳)	2 回目	円	円	円
	年 月 日	1 回目	円	円	円
	(歳)	2 回目	円	円	円
	年 月 日	1 回目	円	円	円
	(歳)	2 回目	円	円	円
合計申請額			円		
生活保護受給状況			有 ・ 無		
振 込 先	(ふりがな) 口座名義人名				
	金融機関名	銀行 ・ 金庫 店			
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号		

※この申請書には、医療機関の発行する領収書及び診療明細書又は母子健康手帳、その他予防接種を受けたことを証する書類を添付すること。