

様式第1号(第4条関係)

矢巾町妊婦のインフルエンザ予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

申請者 (被接種者)	ふりがな				生年 月日	年 月 日		
	氏名							
接種 年月日	年 月 日							
医療機関名								
請求額	円							
振込金融機関	金融機関名	銀行 信金 信組 農協			支店名	支店 出張所		
	コード				コード			
	預金種目	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号					
	口座名義	フリガナ						
<p>上記のとおり、インフルエンザ予防接種費用の助成金を請求します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>申請者 住所 矢巾町</p> <p style="text-align: right;">氏名 ㊟</p> <p style="text-align: right;">電話番号</p> <p>矢巾町長 様</p>								

※口座の名義は、申請者本人の名義であること。

添付書類

- (1) インフルエンザ予防接種を受けたことを証する書類(領収書・接種済証)
- (2) 母子健康手帳