

御浜町インフルエンザワクチン予防接種費補助金交付申請書

年 月 日

御浜町長 宛て

申請者 住所 御浜町大字
氏名
電話番号



御浜町インフルエンザワクチン予防接種費補助金の交付を受けたいので、交付要綱第4条の規定により申請します。

被接種者 氏名	被接種者 生年月日	接種日	接種料金	接種 医療機関名	申請額
	年 月 日 生	年 月 日	円		円
	年 月 日 生	年 月 日	円		円
	年 月 日 生	年 月 日	円		円
	年 月 日 生	年 月 日	円		円
	年 月 日 生	年 月 日	円		円
	年 月 日 生	年 月 日	円		円

(添付書類)

- 1 医療機関発行の領収書の写し若しくはそれに代わるもの
- 2 任意予防接種済証の写し若しくはそれに代わるもの

振込先金融機関等

銀行コード 銀行名		支店コード 支店名	
口座種類		口座番号	
ふりがな 口座名義人			