

年 月 日

インフルエンザ予防接種補助金交付申請書兼請求書

愛南町長 様

郵便番号 798-

住 所 愛南町

氏 名

Ⓜ

電話番号

インフルエンザ予防接種に係る補助金の交付を受けたいので、愛南町インフルエンザ予防接種補助金交付要綱第4条の規定に基づき、関係書類を添えて次のとおり申請(請求)します。

予 防 接 種 を 受 け た 方	ふりがな	生年月日	接種日				補助金 (1回につき上限1,000円)	
	氏名							
	昭和・平成・令和	年 月 日	年	月	日	円		
	年 月 日	年 月 日	年	月	日	円		
	昭和・平成・令和	年 月 日	年	月	日	円		
	年 月 日	年 月 日	年	月	日	円		
	昭和・平成・令和	年 月 日	年	月	日	円		
	年 月 日	年 月 日	年	月	日	円		
	昭和・平成・令和	年 月 日	年	月	日	円		
	年 月 日	年 月 日	年	月	日	円		
	昭和・平成・令和	年 月 日	年	月	日	円		
	年 月 日	年 月 日	年	月	日	円		
補助金申請(請求)額		(金額合計)				円		
振 込 先	金融機関名	銀行 農協				支店 支所		
	預金種別	普通・当座	口座番号					
	(フリガナ) 口座名義人							

- 添付書類 (1) インフルエンザ予防接種を受けた方の氏名が記載された領収書
 (2) 接種事実を確認できる書類(上記の領収書で接種事実が確認できる場合は、省略できるものとする。)