**様式第１号**（第４条関係）

大紀町インフルエンザ予防接種費助成金交付申請書兼請求書

　　年　　月　　日

大紀町長　　様

申請者　　住　　所　　〒

（保護者）　　　　　　　大紀町

氏　　名　　　　　　　　　　　　　　㊞

電話番号

大紀町インフルエンザ予防接種費助成金交付要綱第４条の規定に基づき、関係書類を添えて申請します。

請求金額（接種金額合計）　　　　　　　　　　　　円

被接種者名及び請求内訳

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被接種者名 | 生年月日 | 接　種　日 | 接種医療機関名 | 接種金額 |
|  | 年　月　日 | 年　月　日 |  | 円 |
| 年　月　日 |  |
|  | 年　月　日 | 年　月　日 |  | 円 |
| 年　月　日 |  |
|  | 年　月　日 | 年　月　日 |  | 円 |
| 年　月　日 |  |
|  | 年　月　日 | 年　月　日 |  | 円 |
| 年　月　日 |  |
| 接 種 金 額 合 計 | 　　　　　円 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 金　融　機　関　名 | 口　座　番　号 | （フリガナ）口座名義人 |
| 銀行　　　　　　　金庫　　　　　　　 農協 | 本店支店出張所　　　　　　 | 種　別 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 普通当座その他 |  |

* 口座名義人は、保護者名と同一でお願いします。
* 関係書類：インフルエンザ予防接種領収書（被接種者名・接種日・金額・「インフルエンザ予防接種」と明記されたもの）の原本