

美瑛町インフルエンザ予防接種費用助成（償還払）申請書

令和 年 月 日

美瑛町長 様

インフルエンザ予防接種に係る費用の助成を受けたいので関係書類を添えて申請します。
なお、この申請に関連し、住所、接種状況等を調査することを承諾します。

※ 太枠内のみ記入してください。

申請者 (保護者)	氏名	ふりがな ①	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)	備考欄
	住所等	〒071- 美瑛町 (電話番号 - -)			
対象者 (満18歳以下の場合記載)	氏名(ふりがな)		生年月日		接種費用
	ふりがな		平成・令和 年 月 日 (歳)		円
	ふりがな		平成・令和 年 月 日 (歳)		円
	ふりがな		平成・令和 年 月 日 (歳)		円
					計 円
接種回数	接種日	対象者の範囲		添付書類(添付した項目を○で囲む)	自己負担
(該当する回数を○で囲む) 1回目	令和 年 月 日	①65歳以上の者		①接種済証明書	円
	月 日	②60～64歳で予防接種法施行規則第2条の2に規定する障害を有する者		②母子健康手帳(対象者③④のみ)	円
2回目	令和 年 月 日	③生後6か月～満18歳に達する日(誕生日の前日)以後の最初の3月31日までの者		③健康保険被保険者証	円
	月 日	④妊婦		④身障手帳(対象者②のみ)	円
	月 日	⑤上記のうち生活保護受給世帯に該当する者		⑤領収書	円
					計 円
償還払振込口座					助成額
銀行・信金・農協・労金 _____ 店・所・支店 _____					(接種費用-自己負担)
口座番号 (右詰めで記入)		口座種別	口座名義カナ		円
[]		[普通当座]	_____		_____ 円

※申請者と異なる口座名義の場合は委任状が必要となります。