

遠軽町インフルエンザ予防接種助成申請書

年 月 日

遠軽町長 様

インフルエンザ予防接種費用の助成を受けたいので、領収書等を添えて接種費用の助成を申請します。

住 所	遠 軽 町		連絡先電話番号 自宅・携帯 ()			
申請者名 (保護者)			-			
ワクチンを接種した方	生年月日	年齢	性別	接種区分	※助成額	※摘 要
フリガナ	明・大・昭・平 年 月 日		男 女	1回目 2回目	全額 () 1, 300円 2, 600円	13歳未満 60歳以上 65歳未満 65歳以上 生活保護世帯
フリガナ	明・大・昭・平 年 月 日		男 女	1回目 2回目	全額 () 1, 300円 2, 600円	13歳未満 60歳以上 65歳未満 65歳以上 生活保護世帯
フリガナ	明・大・昭・平 年 月 日		男 女	1回目 2回目	全額 () 1, 300円 2, 600円	13歳未満 60歳以上 65歳未満 65歳以上 生活保護世帯
フリガナ	明・大・昭・平 年 月 日		男 女	1回目 2回目	全額 () 1, 300円 2, 600円	13歳未満 60歳以上 65歳未満 65歳以上 生活保護世帯
※印の欄は、遠軽町の記載欄ですので、何も記載しないでください。					※助成額計	円

助成金をお受け取りになる金融機関、口座番号などを記載してください。

金融機関	_____	銀行 信用金庫 農業協同組合 労働金庫 ()
店 舗 名	_____	本店 支店 本所 支所 ()
口座番号 (普通・当座)	_____	
名 義 人 (かた)	_____	