

## 妊婦のインフルエンザ予防接種費用助成金申請書

大石田町長 あて

(申請者)  
住 所  
氏 名  
電話番号

大石田町妊婦のインフルエンザ予防接種費用助成事業実施要綱第 5 条の規定により、  
関係書類を添えて下記の通り申請します。

記

申請金額 \_\_\_\_\_ 円

## 予防接種被接種者

|             |             |        |                |     |   |   |
|-------------|-------------|--------|----------------|-----|---|---|
| ふりがな<br>氏 名 |             | 生年月日   | S・H            | 年   | 月 | 日 |
| 住所          |             |        | 母子健康手帳<br>交付番号 | No. |   |   |
| 接種内容        | インフルエンザワクチン | 接種日    | 令和             | 年   | 月 | 日 |
| 実施医療機関名     |             | 予防接種費用 |                |     |   | 円 |

振込先 (※申請者名義の口座を記入してください)

|                         |          |
|-------------------------|----------|
| 金 融 機 関 名               | 銀行・信金・農協 |
| 支 店 名 (本店は、○で囲んでください)   | 支店・本店    |
| 口座の種類(どちらかを○で囲んでください)   | 普通 ・ 当座  |
| 口 座 番 号                 |          |
| 口 座 名 義 (カタカナで記入してください) |          |

- 添付書類
1. 医療機関発行の領収書または診療明細書
  2. 申請者名義の通帳の写し