様式第２号 (第１０条関係)

**睦沢町こどものインフルエンザ予防接種費用助成金交付申請書**

　　年　　月　　日

睦沢町長　　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 助成対象者（保護者） | 住 所 | 睦沢町 |
| 氏 名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　　　　　（接種対象者との続柄：　　　　　　） |
| 電話番号 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

インフルエンザ予防接種費用の助成を受けたいので、睦沢町こどものインフルエンザ予防接種費用助成事業実施要綱第１０条の規定により申請します。

１　接種対象者

|  |  |
| --- | --- |
| ﾌ ﾘ ｶﾞ ﾅ |  |
| 氏　　名 |  |
| 住 所 | 睦沢町 |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日生　 |
| 接種日・接種時年齢・接種料金 | 1回目 | 年　月　日 | 歳　か月 | 円 |
| 2回目 | 年　月　日 | 歳　か月 | 円 |

|  |  |
| --- | --- |
| ﾌ ﾘ ｶﾞ ﾅ |  |
| 氏　　名 |  |
| 住 所 | 睦沢町 |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日生　 |
| 接種日・接種時年齢・接種料金 | 1回目 | 年　月　日 | 歳　か月 | 円 |
| 2回目 | 年　月　日 | 歳　か月 | 円 |

|  |  |
| --- | --- |
| ﾌ ﾘ ｶﾞ ﾅ |  |
| 氏　　名 |  |
| 住 所 | 睦沢町 |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日生　 |
| 接種日・接種時年齢・接種料金 | 1回目 | 年　月　日 | 歳　か月 | 円 |
| 2回目 | 年　月　日 | 歳　か月 | 円 |

（裏）

２　振込先

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関 |  | 銀行　・　金庫組合　・　農協 |  | 本店　・　支店支所 |
| 種類 | 普通　・　当座 | 口座番号 |  |  |
| ゆうちょ銀行 | 普通当座 | （店番） | （口座番号） |
| 口座名義人 | フリガナ |  |
|  |

※ゆうちょ銀行へのお振込みの場合は、店番号は３桁の漢数字、口座番号は７桁の数字で御記入ください。

３　添付書類

　　□　領収書（原本）

□　接種対象者の予防接種記録が分かるもの

□　振込先金融機関口座通帳の写し