

様式第1号（第6条関係）

睦沢町妊婦インフルエンザワクチン接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

睦沢町長 様

申請・請求者 住 所 睦沢町

氏 名 ⑩

電話番号

接種費用の助成を受けたいので、睦沢町妊婦インフルエンザワクチン接種助成事業実施要綱第6条の規定により、次のとおり申請・請求します。

なお、町が公簿により受給資格の確認を行うことに同意します。

申請・請求額 _____ 円

助成金の振込先

金融機関	銀行 信組 信金 農協 労金 漁協	本店・支店 本所・支所 出張所	預金種目	口座番号				
			1 普通 2 当座					
(フリガナ) 口座名義人								

< 添付書類 >

- (1) 領収書（原本）
- (2) 対象者の接種記録が分かるもの
- (3) 母子健康手帳の写し
- (4) 振込先金融機関口座通帳の写し