

子どもインフルエンザ予防接種費用償還払い申請書兼請求書

年 月 日

土庄町長 様

次のとおり、関係書類を添えて子どもインフルエンザ予防接種費用の助成を申請します。なお、給付に当たっては、次の口座へ振り込みください。

申請者	住所	小豆郡土庄町		
	氏名		電話番号	
接種者	住所	小豆郡土庄町		
	氏名		生年月日	年 月 日
申請額		金	円	

＜添付書類＞

- (1) 予防接種を受けた際の領収書の写し

- (2) 接種記録が確認できる母子健康手帳又は予防接種済証の写し

- (3) 振込先口座の通帳の写し

- (4) その他町長が必要と認める書類

金融機関名	支店名	分類	口座番号 (右詰めでお書きください。)	口座名義
				申請者名義に限る。カナ(又はアルファベット) ※通帳の表記に合わせてください。
1.銀行 5.農協 2.金庫 6.漁協 3.信組 7.信漁連 4.信連 金融機関番号	本・支店 本・支所 出張所 店番号	1.普通 2.当座		<hr/>

※長期間入出金のない口座を記入しないでください。