様式第１号（第８条関係）

子どもインフルエンザ予防接種費用償還払い申請書

年　　月　　日

小豆島町長　殿

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、下記の口座へ振り込み下さい。

申請者	住　所	小豆郡小豆島町		
	氏　名		電話番号	
接種者	住　所	小豆郡小豆島町		
	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
　　（インフルエンザ予防接種の費用を支払ったことが分かるもの）

（2）予防接種の記録が記載されたもの（母子健康手帳、予防接種済証）

（3）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		

※長期間入出金のない口座を記入しないで下さい。