

## 子どもインフルエンザ予防接種費用償還払い申請書

R5年4月1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	小豆郡小豆島町片城甲44番地95		
	氏名	小豆 太郎	電話番号	090-1234-5678
接種者	住所	小豆郡小豆島町片城甲44番地95		
	氏名	小豆 花子	生年月日	R5年4月1日
申請額	金	円		

## &lt;添付書類&gt;

- 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領収書)
- 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)
- その他町長が必要と認める書類

申請額については、領収書を確認し、こちらで記入しますので空欄のままでご提出ください。

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。
小豆	内海	支店 本・支所 出張所	1 2 3 4 5 6 7	ショウズ タロウ
金融機関番号 1 2 3 4	店番号 1 2 3	1.普通 2.当座		小豆 太郎

※長期間入出金のない口座を記入しないで下さい。