

様式第3号（第9条関係）

六ヶ所村任意インフルエンザ予防接種費用助成申請書兼請求書

年 月 日

六ヶ所村長 様

申請者 住所
(請求者) 氏 名 印
(接種者との関係：)

六ヶ所村任意インフルエンザ予防接種費用助成事業実施要綱第9条の規定により、下記のとおり申請及び請求します。

接種者	住 所	六ヶ所村								
	フリガナ 氏 名						電話 番号			
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)					性別	男 ・ 女		
	区 分	全額助成	☐ 生後6か月～満18歳 ☐ 妊婦 ☐ 満19歳～満64歳以下の生活保護受給者							
		一部助成 (1,000円)	☐ 上記以外の方							
接種回数	医療機関名		接種日		医療機関で支払った額			助 成 額		
第 回 目			年 月 日		円			円		
第 回 目			年 月 日		円			円		
次に該当する場合は✓をしてください。 ☐ この助成金と同様の趣旨の他の助成金等の交付を受けている。(交付済み助成金等の額 円)										
助 成 額 合 計								円		
振 込 先	金 融 機 関 名	銀行・信用組合 本店・支店 () ()								
	預 金 種 別	普通・当座	口 座 番 号							
	口 座 名 義 人	(フリガナ：)								

- 【添付書類】 ・ 任意予防接種を受けたことを証明する書類 ・ 振込先口座が確認できる書類
・ 任意予防接種に要した費用が確認できる書類（領収書等） ・ 妊婦の方は、母子手帳の写し
・ 生活保護受給者の方は、受給の確認ができる書類

【村記入欄】

上記請求に基づく助成決定額 円	所長	事務長	担当者	受付者