

養老町妊婦・小児インフルエンザ予防接種費用助成金交付申請書

令和 年 月 日

（あて先）養老町長

申請者（保護者） 住 所

（自署又は記名押印）

氏 名

㊟

電話番号

養老町妊婦・小児インフルエンザ予防接種費用助成金の交付を受けたいので、養老町妊婦・小児インフルエンザ予防接種費用助成事業実施要綱第7条第2項第2号の規定により、関係書類を添付して申請します。また、助成金の受給資格の確認に当たり、住民基本台帳及び医療機関等に対する確認を行うことに同意します。

被接種者	氏名		申請者との続柄	
	生年月日	年 月 日生（ 歳 ヲ月）		
助成額	1回目	接種日： 令和 年 月 日 医療機関名：	助成額 円	
	2回目	接種日： 令和 年 月 日 医療機関名：	助成額 円	
	合計	助成額 円		
関係書類	(1) 住所、氏名及び年齢が確認できる書類 (2) 領収書その他の予防接種費用を支払ったことが分かる書類 (3) 予防接種の予診票又は予防接種済証の写し、接種記録のある母子健康手帳の写しのいずれか			

※ 助成額（負担金免除対象者は予防接種費用の全額を助成）

(1) 妊婦	助成回数	1回	助成額(上限)	1回につき 2,000円
(2) 6ヵ月以上から13歳未満	〃	2回	〃	1,000円
(3) 13歳から中学校修了前	〃	1回	〃	1,000円

振込先

金融機関名	銀行 信用金庫 農協	本店 支店 出張所
預貯金種別	普通・当座	口座番号
フリガナ		
口座名義人		

※申請者と口座名義人は同一とする。