

様式第3号

子どもインフルエンザ予防接種費用償還払い申請書

下記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。

記

	(ふりがな) 氏名	生年月日
助成対象者(被接種者)	()	年 月 日 接種日現在 (歳)
助成対象者の住所	〒	電話 ()
<p>申請者(口座名義人と同一であること) 氏名 _____ 印 (助成対象者による自署又は記名押印)</p> <p>インフルエンザ予防接種のため支出した額 金 _____ 円</p> <p>申請金額(上限1回1,500円) 金 _____ 円</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">高野町長 様</p>		
振込先	金融機関名	銀行・金庫・農協 本店・支店・出張所
	預金種別	普通・当座 口座番号
	口座名義人 (申請者と同一であること)	

注1 申請者欄には、助成対象者(被接種者)の氏名を記載してください。

注2 申請金額は自己負担金が1,500円未満の場合は実費額とする。