様式第３号（第８条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

下郷町長　様

　　　　　　　　　　　　　　申請者　　住　所　　下郷町

　　　　　　　　　　　　　（保護者）　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先　　　　　　（　　）

下郷町子どもインフルエンザ予防接種費用助成申請書

　次のとおり、子どもインフルエンザ予防接種費用の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者記入欄 | 助成対象者氏　　　名 |  | 性別 | 男・女 | 生 年月 日 | 　　　 年　 月　 日 | 年齢 |  歳 |
| １回目 | 接種日 | 　　　年 　月 　日 | 医　療機関名 |  | 接種金額① | 　　　　　円 |
| ２回目 | 接種日 | 年 　月 　日 | 医　療機関名 |  | 接種金額④ | 　　　　　円 |
| 町記入欄 | １回目 | 接種金額① | 自己負担金② | 助成金額③＝①－② | 助成金決定額③＋⑥ |
| 　　　　　　 円 | 　　　　　　　　円 | 　　　　　　　　円 | 　　　　　　円 |
| ２回目 | 接種金額④ | 自己負担金⑤ | 助成金額⑥＝④－⑤ |
| 　　　　　　　円 | 　　　　　　　円 |  円 |
| 上記のとおり交付決定してよろしいか伺います。交付決定年月日：　　　　　年　　月　　日 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 振込先口座 | 金融機関名 | 本・支店名 | 口座番号 |
| 銀行農協 信用金庫 | 　　　　　　　 本店　　　　　　　 支店 | 普・当 |
| 口座名義人 |  |