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 |  | |