

インフルエンザ予防接種助成金交付申請書

渡嘉敷村長 殿

令和 元 年 月 日

申請者住所 渡嘉敷村字

氏 名

印

電話番号

下記のとおりインフルエンザ予防接種費用の助成を受けたいので申請します。

(助成額 上限2,000円)

予防接種を受けた方の氏名	年 齢	接 種 日			接種金額	助成金額
		1回目	令和 元 年 月 日	円	円	
		2回目	令和 元 年 月 日	円	円	
					振込金額	円

※ 対象者1人につき年1回2,000円助成

※ 2回接種の場合は、2回分の合算額に対し、2,000円助成

※ 生活保護世帯は、接種金額全額助成

助 成 金 振 込 先	
銀行名・支店名	銀行・農協 本店・支店
預 金 種 目	普通預金 ・ 当座預金
口 座 番 号	
(フリガナ)	
口 座 名 義 人	

※ インフルエンザ接種領収証を添付して下さい。