

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 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 年 月 日 | 円 | 円 | |
| | | 2回目 | 令和 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 | |
|-----------|-------|
| 金融機関名・支店名 | 本店・支店 |
| 預金種目 | 普通・当座 |
| 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。