

様式第 1 号（第 6 条関係）

年 月 日

大河原町長 様

（申請者）住所：

氏名：

電話：

妊婦インフルエンザ予防接種助成金交付申請書

インフルエンザ予防接種助成金の交付を受けたいので、大河原町妊婦インフルエンザ
予防接種助成金交付要綱第 6 条の規定により、必要書類を添えて申請します。

[予防接種を受けたかた]

氏名・生年月日	()
住所	

[申請内容]

医療機関名等	(接種日：)	
医療機関へ支払った予防接種費用 ①		円
この助成金以外からの助成等の額 ②		円
助成金申請額（①から②を差し引いた額）		円

[振込先]

金 融 機 関 名	銀行・金庫・農協・信用組合	
	本店・支店	
預 金 種 別	普通 ・ 当座	
口 座 番 号		
(フリガナ)		
口 座 名 義		

委任する場合 ※予防接種を受けたかたと助成金の申請者又は口座名義人が異なる場合に記入してください。	インフルエンザ予防接種助成金の申請等を下記の者に委任します。 委任者氏名： _____ 受任者 住所： _____ 氏名： _____（委任者との続柄： ）
---	---

