

川北町インフルエンザ予防接種費用助成金支給申請書

令和 年 月 日

川北町長 あて

申請者：住 所

氏 名 ㊦

連 絡 先

川北町インフルエンザ予防接種事業実施要綱に基づき、助成を受けたいので申請します。

Table with 4 columns: 予防接種を受けた方の氏名(年齢), 接種日, 自己負担額, 接種した医療機関名. Rows include 18歳まで, 19歳以上, and a total row.

インフルエンザ予防接種費用助成金支給申請に係る事務を行うにあたり、住民基本台帳などを閲覧することに承諾します。

氏名 ㊦

支給決定された助成金については、下記の口座へ振り込んでください。

Form for bank account information including fields for 金融機関名, 種別, 口座番号, and 口座名義人.

【注意事項】

- ① 申請書に次に掲げる内容を記載した領収書(領収印があるもの)を添付。(返却しません。)
② 初めて申請する方・昨年と違う口座へ振込を希望する方は、口座確認のため、通帳の見開き部分またはキャッシュカードの写しを添付。
③ 予防接種日の属する年度末までに福祉課(保健センター内)まで申請してください。

※処理欄

Summary table with columns for 決定年月日, 令和 年 月 日, 内訳, 1~18歳(高校3年生), 19歳以上, and 円.