

別記様式（第7条関係）

白川町妊婦及び子どもインフルエンザ予防接種費用助成申請書

年 月 日

白川町長 様

申請者 住 所 _____
氏 名 _____ 印
電話番号 _____ () _____

私は、白川町妊婦及び子どもインフルエンザ予防接種費用助成事業実施要綱第7条に基づき既に納付した予防接種費用の償還を関係書類を添えて申請します。
また、確認のため対象者である旨を調査することに同意します。

対 象 者	対象区分	妊婦	未就園児	保育園児	小学生	中学生
	フリガナ				生年月日及び年齢	
	氏 名				年 月 日 (学年 組/年生)	
	住 所					
	1 回 目 接 種 日	年 月 日	医 療 機 関 名		接 金 種 額	円
	2 回 目 接 種 日	年 月 日	医 療 機 関 名		接 金 種 額	円
助成金額 (町で記入します)	2,000円× 回= 円					

<添付書類> 申請に係る領収書の写し

上記償還金については、次の金融機関へ口座振り込みにて支払われるよう申請します。
当該償還金の受領に関する権限を下記口座名義人に委任します。

振 込 先	金融機関名	銀行 信用金庫 本店 支店 農協 郵便局 出張所	
	預金種別	普通・当座	口座番号
	フリガナ 口座名義人		

※以下は、町記入欄につき記入しないでください。

受 付 No.		申 請 受理日	年 月 日	受 理 確認欄	
---------------	--	------------	-------	------------	--