

様式第1号

インフルエンザワクチン接種費用助成金交付申請書

年 月 日

鶴田町長 殿

次のとおり、インフルエンザワクチン接種費用助成金の交付を受けたいので申請します。

申請者（ワクチン接種者）

フリガナ	
氏 名	Ⓜ
住 所	
電話番号	
生年月日	年 月 日（ 歳）
健康保険組合からの助成額（国保以外）	<p>※助成額がある場合のみ記入してください。</p> 保険組合名（ ） 助成額 円

振込先

金融機関名	銀 行 信用金庫 農 協 店		
口座種別	普通 当座 その他	口座番号	
フリガナ			
口座名義人（保護者名等）			

- <注意事項> ◆太枠内を記入してください。
 ◆申請者はワクチン接種者本人を記入してください。

【裏面に記入例を表示しておりますので参考にしてください。】

※以下には記入しないでください。

医療機関等に支払った額	ワクチン接種料 (A)	保険組合等助成額 (B)	助成金交付額 (A) - (B)
円	円	円	円