

様式第1号（第5条関係）

インフルエンザ予防接種費用補助金交付申請書

年 月 日

昭和村長 様

申請者（保護者：振込口座の名義人と同一の人）		
住所	昭和村大字	TEL ()
ふりがな		印
氏名		

補助金申請額	円
--------	---

- ※ 13歳未満で、2回接種する人は、2回目が終わってから申請してください。
- ※ 下記に接種した家族全員の氏名をまとめて記入し、補助金申請額は全員の合計金額を記入してください。接種の時期が異なる場合は、個別申請も可能です。

NO	ふりがな 接種者氏名	生年月日	年齢	接種日	合計金額
1		年 月 日		年 月 日	円
				年 月 日	
2		年 月 日		年 月 日	円
				年 月 日	
3		年 月 日		年 月 日	円
				年 月 日	
4		年 月 日		年 月 日	円
				年 月 日	
5		年 月 日		年 月 日	円
				年 月 日	

- ※ 補助金は下記の指定口座に振り込みます。

振込口座（保護者の口座でお願い致します。）

振込金融機関名		支店名	
預金の種別	1 普通 2 当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			

※口座情報の記入間違いが多発しております。情報に誤りがあった場合振込ができませんので、記入後必ず確認をお願い致します。