



大紀町インフルエンザ予防接種費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

大紀町長 谷口 友見 様

申請者 住 所 〒  
(保護者) 大紀町

氏 名 印  
電話番号

大紀町インフルエンザ予防接種費助成金交付要綱第4条の規定に基づき、関係書類を添えて申請します。

請求金額（接種金額合計） \_\_\_\_\_ 円

被接種者名及び請求内訳

被接種者名	生年月日	回数	接 種 日	接種医療機関名	接種金額
	年 月 日	1回目	年 月 日		円
		2回目	年 月 日		円
	年 月 日	1回目	年 月 日		円
		2回目	年 月 日		円
	年 月 日	1回目	年 月 日		円
		2回目	年 月 日		円
	年 月 日	1回目	年 月 日		円
		2回目	年 月 日		円
接 種 金 額 合 計					円

金 融 機 関 名			口 座 番 号					(フリガナ) 口 座 名 義 人
銀行 金庫 農協	本店	種 別						
	支店	普通						
	出張所	当座 その他						

※ 口座名義人は、申請者名と同一をお願いします。

※ 関係書類：インフルエンザ予防接種領収書（被接種者名・接種日・金額・「インフルエンザ予防接種」と明記されたもの）の原本

## 領収書 貼付面

〔対象者〕 接種日において  
満6か月以上高校3年生までの方

〔助成額〕 13歳未満は1人2回までの全額  
13歳以上は1人1回の全額

もう一度ご確認ください。