様式第２号（第７条関係）

　　年　　月　　日

インフルエンザ予防接種費用助成事業償還払申請・請求書

新温泉町長　様

請求者　住　所　新温泉町

氏　名　　　　　　　　　　　㊞　　（続柄：　　　　）

連絡先　（　　　　　）　　　　－

新温泉町インフルエンザ予防接種費用助成事業実施要綱第７条の規定に基づき、書類を添えて助成金の償還払いを申請し、請求します。

申請内容の審査のため、町が医療機関へ接種内容の照会をすることに同意します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 予防接種を受けた人の氏名 |  | 性　別 | 男　・　女 |
| 生年月日 | 　　　年　　　月　　　日生 | 年　齢 | 満　　　歳　　か月 |
| 住所 | 新温泉町 | 連絡先 | （　　　）　　- |
| ワクチンの種類 | インフルエンザＨＡワクチン　　・　　経鼻弱毒生インフルエンザワクチン |
| 接種日 | 1回目 | 　　 　　年 　　月 　　日 | 2回目 | 　　 　　年 　　月 　　日 |
| 接種医療機関 |  医療機関所在地 ： 医療機関名 ：  |
| 請求助成金 | 　　　　　　　　　　　　円 |
| 上記の助成金については、下記の口座に振込を依頼します。なお、請求者と口座名義人が異なるときは、口座名義人に受領委任します。 |
| 金融機関名 | 銀行・信用金庫・協同組合・（　　　　　） |
| 支店名 | 支店・支所・出張所・（　　　　　　　　　） |
| 口座種別 | 普通　　・　　当座　　・　　（　　　　　　） |
| 口座番号 |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |

※この申請書には、医療機関が発行したインフルエンザ予防接種領収書（インフルエンザ予防接種の実施が分かるもの）の原本を添えて提出してください。