

インフルエンザ予防接種費用負担軽減助成申請書

枝幸町長 様

令和 年 月 日

申請者 住 所 枝幸町 _____

氏 名 _____ 印 _____

電話番号 _____

インフルエンザワクチン接種の助成を受けたいので申請します。

※ 太枠内に記入して下さい。

受診者氏名		生年月日	大・昭・平 年 月 日
振込先		口座番号	
口座名義人		助成金額	円

	金 額	領収書の合計金額	受診医療機関名
1回目	円	円	
2回目	円	円	

※ 領収書と非課税証明書を必ず添付して下さい。

決定年月日 令和 年 月 日

課長	参事	主幹	副主幹	グループ員