

## インフルエンザ予防接種費用助成金交付申請書

年　月　日

津南町長　様

私は令和　年　月　日から令和　年　月　日までの間に医療機関等で行ったインフルエンザ予防接種費用を自己負担したので、関係書類を添えて、助成の申請をします。

なお、払い戻しを受けるにあたり、必要があるときは、住民基本台帳閲覧や受診医療機関への支払い内訳確認、または住民税課税台帳及び生活保護台帳により世帯の課税状況の確認等、関係部署へ確認することに同意します。

※申請は、予防接種を受けた本人、または同世帯の方に限らせていただきます。

申請者氏名（窓口にいらした方）		本人との関係	
-----------------	--	--------	--

（※予防接種を受けた本人がいらした場合は省略できます）

被接種者	フリガナ				性別	男・女		
	氏名							
	生年月日	年　月　日			年齢	歳		
	住所	津南町大字						
	電話番号							
対象となる理由		<input type="checkbox"/> 生活保護受給者のため <input type="checkbox"/> 非課税世帯のため <input type="checkbox"/> 対応医療機関以外で予防接種を受けたため <input type="checkbox"/> 妊婦のため <input type="checkbox"/> 小児(6カ月齢から中学3年生)のため						
接種年月日		1回目	年　月　日					
		2回目	年　月　日 (小児、13歳未満のみ)					
振込先	金融機関名	銀行				本店		
	預金種別	普通・当座	口座番号					
	フリガナ							
	口座名義人							

## 【町事務処理欄】

/

添付書類等	確認		確認者	No.
<input type="checkbox"/> 接種の証明	高齢者			
<input type="checkbox"/> 印鑑 <input type="checkbox"/> 振込先	<input type="checkbox"/> 生保	<input type="checkbox"/> 非課税	妊婦・小児	