

島本町子どものインフルエンザ予防接種費用助成申請書

年 月 日

島本町長 様

(申請者)

住 所 _____

氏 名 _____

電 話 _____

被接種者との続柄（ ）

島本町子どものインフルエンザ予防接種費用助成事業実施要綱第9条の規定により、次のとおり費用の助成を申請します。助成金については、次の口座へ振込みを依頼します。

被接種者 (子ども)	フリガナ										
	氏 名										
	生年月日	年 月 日 (満 歳 か月)									
	現 住 所	☐ 申請者と同じ									
	接種日					支払った額					
	1回目	年	月	日	円						
	2回目	年	月	日	円						
接種医療 機関	医療機関名										
	所 在 地										
振込口座	金融機関名	銀行 コード					支店 コード				
		銀行・信金 農協・組合					支店				
	口座番号									預金 種別	
	フリガナ									普通 ・ 当座	
	口座名義										

裏面もご記入ください。

【誓約・同意事項】※該当する項目にチェックを入れてください。

この申請に係る審査のために、町が住民基本台帳を閲覧し、住民基本台帳及び医療機関等における情報について、必要と認めるときは調査を行うことに同意しますか。	☐ はい ☐ いいえ
申請内容に偽りがあった場合や支給要件に該当しなかった場合には、支給済みの費用を返還することに同意しますか。	☐ はい ☐ いいえ

【提出書類】

☐領収書 ※原本に限ります。