

剣淵町インフルエンザ予防接種費用助成申請書

年 月 日

剣淵町長 様

住 所

申請者

氏 名

印

電話番号

剣淵町インフルエンザ予防接種費用助成事業実施要綱による助成を受けたく、下記のとおり申請します。

接種者氏名		
生年月日等	年 月 日生 (満 歳)	
加入医療保険	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> その他の健康保険 <input type="checkbox"/> 生活保護	
実施医療機関	1回目	2回目 <input type="checkbox"/> 左記に同じ
接種日	1回目 年 月 日	2回目 年 月 日
接種費用額	1回目 円	2回目 円
助成申請額	1回目 円	2回目 円

支払方法	振込先金融機関名	店名	口座名義人
<input type="checkbox"/> 口座振込 <input type="checkbox"/> 現金支払	信金 銀行 農協	支店 支所	(ふりがな)
	口座種別	口座番号	
	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座		

※この欄は記入しないでください

※助成決定額	件	円
--------	---	---

※2名以上について同時に申請する場合は、こちらに記載してください。

接種者氏名		
生年月日等	年 月 日生 (満 歳)	
加入医療保険	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> その他の健康保険 <input type="checkbox"/> 生活保護	
実施医療機関	1回目	2回目 <input type="checkbox"/> 左記に同じ
接種日	1回目 年 月 日	2回目 年 月 日
接種費用額	1回目 円	2回目 円
助成申請額	1回目 円	2回目 円

接種者氏名		
生年月日等	年 月 日生 (満 歳)	
加入医療保険	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> その他の健康保険 <input type="checkbox"/> 生活保護	
実施医療機関	1回目	2回目 <input type="checkbox"/> 左記に同じ
接種日	1回目 年 月 日	2回目 年 月 日
接種費用額	1回目 円	2回目 円
助成申請額	1回目 円	2回目 円

接種者氏名		
生年月日等	年 月 日生 (満 歳)	
加入医療保険	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> その他の健康保険 <input type="checkbox"/> 生活保護	
実施医療機関	1回目	2回目 <input type="checkbox"/> 左記に同じ
接種日	1回目 年 月 日	2回目 年 月 日
接種費用額	1回目 円	2回目 円
助成申請額	1回目 円	2回目 円