

様式第3号

川西町小児インフルエンザ予防接種費用償還金交付申請書

令和 年 月 日

川 西 町 長 様

申請者（保護者）現住所 川西町大字

氏 名 印

電話番号

下記のとおり、小児インフルエンザ予防接種費用の助成を申請します。

被 接 種 者	氏名	接種日	接種料金	助成金請求額
		令和 年 月 日	円	円
		令和 年 月 日	円	円
		令和 年 月 日	円	円
		令和 年 月 日	円	円
請求額合計				円

口座振替依頼							
振 替 先	フリガナ		フリガナ				
	金融機関名		本店・支店名				店
	フリガナ						
	口座名義						
	口座種別	普通 ・ 当座 ・ その他 ()					
	口座番号						

添付書類

- 1 未使用の助成券
- 2 予防接種に係る医療機関等の領収書の原本（接種日、被接種者名、接種金額、予防接種の種類が明記されたもの）