様式第２号（第８条関係）

***小児インフルエンザ接種費用助成金申請書兼請求書***

　　　年　　　月　　　日

八頭町長　　平　木　　誠　　　様

|  |  |
| --- | --- |
| （申請者） |  |
| 住　　所 | 八頭町 |
| 保護者氏名 | 印 |
| 電話番号 | ― |

　下記のとおり、インフルエンザワクチン接種を受けたので、助成の交付を領収書を添えて申請します。

**請求額　　　　　　　　　円**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 接種実施日 | | | 年　　月　　日 | | 接種実施機関名 | | |
|  | 接 種 金 額 | | 円 | |  | | |
| 接種者  氏名 | | 氏　名 | |  | | 区分 | ・１歳未満  ・１歳～就学前  ・小学生  ・中学生 |
| 生年月日 | | 年 　月　 日（　　歳） | |

※助成金の振り込みは、町に登録のある口座に行います。町へ口座登録のない方は手続きをお願いします。

※医療機関で発行された領収書原本または接種を証明する書類添えて提出してください。