様式第４号（第６条関係）

***新型インフルエンザワクチン接種費用助成申請書***

***兼請求書（一部助成）***

　　年　　月　　日

八頭町長　　　　　　　　　　　様

|  |  |
| --- | --- |
| （申請者） |  |
| 住　　所 | 八頭町 |
| 氏　　名 | 印 |
| (被接種者が１８歳未満の場合は保護者) | |
| 電話番号 | ― |

　下記のとおり、新型インフルエンザワクチン接種を受けましたので、助成の交付を領収書を

添えて申請します。なお、助成決定に関し必要な課税状況等を調査されることに同意します。

**請求額　　　　　　　　　円**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 接種実施日 | | | 年　　月　　日 | | 接種実施機関名 | | |
|  | 接種金額 | | 円 | | |  | | |
|  | 申 請 額 | | 円 | | | | | |
| 被接種者氏名 | | 氏　　名 | | |  | | 区分 | ・妊婦・基礎疾患  ・幼児・小 学  ・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を添えて提出してください。