様式第５号（第１０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　　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、新型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。

　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 | １回目 | | 円 | |  | | |
| ２回目 | | 円 | |  | | |
| 合　計 | | 円 | | | | |
| 被接種者氏名 | | 氏　　名 | |  | | 区分 | ・１歳未満  ・１歳～就学前  ・小学生  ・中学生（12歳以下）  ・中学生（13歳以上） |
| 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。

※請求額は１回目は２，６００円、２回目は１，５５０円（但し、１回目と異なる医療機関で接種した場合は２，６００円）です。