

様式 5

金ケ崎町小児インフルエンザ予防接種費用助成申請書兼請求書

年 月 日

金ケ崎町長 様

【請求者】住所
氏 名
電話番号

金ケ崎町小児インフルエンザ予防接種費用助成事業実施要領第 10 の規定により、任意予防接種費の助成を受けたいので、下記書類を添付のうえ申請・請求いたします。

請求金額.....円

【被接種者】

氏名（生年月日）	対象区分	接種回数	接種年月日	接種金額	助 成 額
(年 月 日生)	☐ 未就学児	1 回目	年 月 日	円	円
	☐ 小学生	2 回目	年 月 日	円	円
(年 月 日生)	☐ 中学生	1 回目	年 月 日	円	円
	☐ 小学生	2 回目	年 月 日	円	円
(年 月 日生)	☐ 中学生	1 回目	年 月 日	円	円
	☐ 小学生	2 回目	年 月 日	円	円
合 計					円

振込先口座	金融機関	銀行 金庫 農協										支 店 支 所 出張所
	口 座	1. 普通	2. 当座	口座番号 (右づめ)								
	口座名義	フリガナ										
		〔漢字〕										

※被接種者（請求者）以外の口座に振込みを希望する場合は、下記の委任状が必要です。

委 任 状

私は、本件に係る助成の受領を下記の者に委任します。

年 月 日

委任を受ける方（住所）

（氏名）

委任をする方（請求者の氏名）

印