

(様式第3号)

年 月 日

熊取町中学3年生(相当年齢)インフルエンザ任意予防接種自己負担金助成事業
償還払い申請書兼請求書

申請先 熊取町長

申請者[保護者等] (自署)

〒

住所

氏名

被接種者との続柄
()

電話

接種対象者について、接種費用の償還払いを受けたいので、関係書類を添えて申請及び請求します。
また、申請に係る審査に必要があるときは、接種対象者が熊取町に住民登録があることについて確認することを承諾します。なお、償還払い金は下記の指定振込口座へ振り込み願います。

ふりがな			生年月日	年 月 日生 (歳)
接種対象者氏名				
接種対象者住所	〒 ー 熊取町			
接種ワクチン				
接種日	年 月 日			
接種した医療機関	名称			
	所在地			

助成金額(請求額)	住民の有無※	支給決定額※
円		

※町記入欄

指定振込口座	金融機関名	銀行・信金・農協		支店・支所
	口座種別	普通・当座・その他	口座番号	
	口座名義	-----		