様式第２号（第６条関係）

年　　月　　日

高森町長　草　村　大　成　様

請求者（保護者）

住所　高森町大字＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

電話番号（　　－　　－　　）

インフルエンザワクチン接種に係る補助金交付請求書

下記のとおり予防接種を受けましたので、高森町季節性インフルエンザワクチン接種に係る補助金交付要綱第６条第２項により、補助金交付を請求します。

記

予防接種証明書

次の接種料金で別添「インフルエンザ予防接種証明証」（写し可）のとおりインフルエンザワクチンを接種したことを証明します。

医療機関記入欄

■被接種者氏名：

■生 年 月 日：　　年　　月　　日（　　歳）

■接 種 料 金：　　円（１回目・２回目）

年　　月　　日

住　　所

医療機関名

代 表 者 名　　印

【振込先】

金融機関名	銀行 ・ 信用金庫 （　　）	本店 ・ 支店 出張所
口座番号	普通・当座	フリガナ 口座名義人

ゆうちょ銀行	記号						番号									
フリガナ 口座名義人																

※申請は翌年３月 31 日締め切りです。以降は受付できません。

添付書類　□インフルエンザ予防接種証明書または母子手帳の写し

□領収書原本（医療機関記入欄に記載がない場合に限る）