

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

1 被接種者氏名：_____

2 生年月日：_____年 _____月 _____日（ _____歳）

3 接種料金：_____円

4 接種日：_____年 _____月 _____日（ _____回目）

5 種 類： 注射 ・ フルミスト ・ 高容量(75歳以上)

振込先（請求者名義の口座を記載してください）

金融機関名		支店名	
口座番号	普通・当座	フリガナ 口座名義	
被接種者との 続柄		備考	

※申請〆切は、接種日が属する年度の末日までです。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