

山形村子どものインフルエンザ予防接種費助成金申請書（兼実績報告書兼請求書）

年 月 日

（あて先）山形村長

申請書（保護者）

住 所 山形村 番地  
氏 名 印  
電話番号

※氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとしてください。

年度において、山形村子どものインフルエンザ予防接種費助成金を交付されるよう、山形村子どものインフルエンザ予防接種費助成事業実施要綱第7条第4項の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。  
また、村が住民基本台帳等を閲覧すること、必要な場合は接種医療機関に問い合わせることに同意します。  
申請者と口座名義人が異なる場合、下記口座名義人に助成金の受領を委任します。

請求金額 \_\_\_\_\_ 円

内 訳

予防接種を受けた人	氏名	生年月日			
		年	月	日生	
1回目	接種日 年 月 日	接種した 医療機関名		接種 料金	円
2回目 (13歳未満のみ)	接種日 年 月 日	接種した 医療機関名		接種 料金	円

助成金額 (村で記入します)	2,000円 × 回 =	円
-------------------	--------------	---

予防接種を受けた人	氏名	生年月日			
		年	月	日生	
1回目	接種日 年 月 日	接種した 医療機関名		接種 料金	円
2回目 (13歳未満のみ)	接種日 年 月 日	接種した 医療機関名		接種 料金	円

助成金額 (村で記入します)	2,000円 × 回 =	円
-------------------	--------------	---

（添付書類）

- ・医療機関が発行した領収書

下記の金融機関へ口座振り込みにて支払われるよう申請します。

振 込 先	金融機関名	銀行 信用金庫 本店 支店 農協 郵便局 出張所	
	預金種別	普通・当座	口座番号
	フリガナ 口座名義人		