

年 月 日

笠置町長 殿

申請者・請求者 氏 名
(保護者) 住 所

電話番号

笠置町小児インフルエンザ予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

笠置町小児インフルエンザ予防接種費用助成事業実施要綱第 6 条の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請及び請求します。 ※申請金額は、1 回あたり上限 1,500 円です。

第 1 子	被接種者氏名		生年月日		年齢（1 回目接種日時点）	
			年 月 日		歳	
	回数	接種日	医療機関名		接種金額	助成該当金額
	1 回目	年 月 日			円	円
	2 回目	年 月 日			円	円
第 2 子	被接種者氏名		生年月日		年齢（1 回目接種日時点）	
			年 月 日		歳	
	回数	接種日	医療機関名		接種金額	助成該当金額
	1 回目	年 月 日			円	円
	2 回目	年 月 日			円	円
第 3 子	被接種者氏名		生年月日		年齢（1 回目接種日時点）	
			年 月 日		歳	
	回数	接種日	医療機関名		接種金額	助成該当金額
	1 回目	年 月 日			円	円
	2 回目	年 月 日			円	円
第 4 子	被接種者氏名		生年月日		年齢（1 回目接種日時点）	
			年 月 日		歳	
	回数	接種日	医療機関名		接種金額	助成該当金額
	1 回目	年 月 日			円	円
	2 回目	年 月 日			円	円
助成該当金額合計（A）		他制度助成金額（B）		助成申請金額		
円		円		（A）－（B）		
振込先	金融機関名	銀行・金庫 組合		店・支店 出張所	普通・当座	
	口座番号			フリガナ		
				口座名義人		

〈添付書類〉接種医療機関が発行した領収書