

早島町インフルエンザ予防接種費用助成事業償還給付申請書

年 月 日

早島町長 様

次のとおりインフルエンザ予防接種助成事業に係る接種費用の助成を受けたいので、次の書類を添えて申請します。あわせて、本事業の助成金支払いのために、早島町が医療機関等に対し、接種状況の確認を行うことを承諾します。

助成対象者 (口座名義人)	氏名	予防接種対象者との続柄 ( )			住所	早島町 電話
予防接種 対象者	氏名	(生年月日: 年 月 日)			住所	・申請者に同じ
内 訳	種類	インフルエンザ	接種日	年 月 日		
	支払額 (接種費用のみ)		円 (A)			
	早島町以外から受けた助成金		・なし ・あり		円 (B)	
	申請額 (助成額)		円 (A - B)			

◆助成対象期間 10月1日から1月31日までの接種分  
(助成対象期間以前に接種した場合は別途お問い合わせください)

◆申請期限 3月31日まで

◆添付書類 (1) 予防接種をした際の領収書 (予防接種の種類、被接種者の氏名等が記載されたもの)  
(2) その他町長が必要と認める書類

◆領収書を確認し、下記項目が記載されているかチェックしてください。

<input type="checkbox"/> 病院の印 または領収印	<input type="checkbox"/> 原本である	<input type="checkbox"/> 被接種者氏名	<input type="checkbox"/> 予防接種名 (インフルエンザ)	<input type="checkbox"/> 接種日	<input type="checkbox"/> 接種費用 (1人1回あたりの金額)
---	--------------------------------	---------------------------------	---	------------------------------	---

◆口座振込先

金融機関の名称	( ) 銀行・信用金庫・農協 ( ) 本店・支店・支所					
口座種別と 口座番号	普通預金	口座番号				
	当座預金					
フリガナ						
口座名義人						

点線以下は、町使用欄につき、記入不要です。

助成決定日	助成額
年 月 日	円