

神石高原町幼児・児童等インフルエンザ予防接種費
補助金交付申請書兼請求書(幼児・児童用)



*太枠の中を記入してください。

申請日	年	月	日
-----	---	---	---

神石高原町長 様

幼児・児童等インフルエンザ予防接種は任意の予防接種であることを理解したうえ、神石高原町幼児・児童等インフルエンザ予防接種費補助金交付要綱の規定により、つぎのとおり申請します。

被接種者	フリガナ			住所	〒 神石高原町 TEL(0847)8 — 番地	
	名前					
	生年月日	年	月 日			
保(申請者兼請求者)護者	フリガナ			住所	*被接種者住所と異なる場合は記入してください。 〒 神石高原町 TEL(0847)8 — 番地	
	名前	印				
	被接種者から見た続柄					
振込先	金融機関名	銀行 本店 農協 支店 信用金庫 支所 信用組合			口座種別	普通・当座
	口座番号	口座名義	フリガナ 名前			

請求額	予防接種総費用額	補助金請求額	補助交付決定額
	円	円	円

*医療機関記入欄 幼児・児童等インフルエンザ予防接種費領収確認書

接種内容	接種回数	接種日	接種費	医療機関確認欄(お手数ですが記入をお願いします)
	1回目	年 月 日	円	
	2回目	年 月 日	円	

【注意事項】

- 1 補助金交付対象者は、保護者です。
- 2 補助金は、1回接種に対して4,000円、2回接種に対して7,000円を限度とします。
ただし、予防接種に要した費用が限度額未満の場合は、支払った金額を補助します。
- 3 2回接種を行う方は、2回目終了後に申請してください。
- 4 申請期限は、接種を行った年度の3月末日までです。
- 5 交付対象接種期間は、10月1日から翌年1月31日までです。

《問い合わせ先》

役場 保健課 子育て支援係 TEL (0847)-89-3368
〒720-1522 神石郡神石高原町小島1701番地 保健福祉センター内