第１号様式（第８条関係）

**インフルエンザ費用助成申請書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　日

吉野町長　様

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者住所 | 吉野町大字 |
| フリガナ |  |
| 氏　名 | 印 |
|
| 電話番号 | ( ) |
| 被接種者  との続柄 |  |

次のとおり、インフルエンザ費用助成申請に関する別紙添付書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 住　　所 | | 吉野町大字 | | | 助成金の額 |
| 接種者 | 氏　　名 |  | 接種回数 |  | 円 |
| 生年月日 | 年　　月　　日生 | 接種日年齢 |  |
| 氏　　名 |  | 接種回数 |  | 円 |
| 生年月日 | 年　　月　　日生 | 接種日年齢 |  |
| 氏　　名 |  | 接種回数 |  | 円 |
| 生年月日 | 年　　月　　日生 | 接種日年齢 |  |
| 氏　　名 |  | 接種回数 |  | 円 |
| 生年月日 | 年　　月　　日生 | 接種日年齢 |  |
| 合計助成金の額 | | | | | 円 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 支払機関名 | 金融機関名 | 支店名 | | 預金種別 | 口座番号 | | | | | | | |
| □銀行  　　　　　　　　□農協  　　　　　　　　□信金 | □支　店  　　　　　　□代理店  　　　　　　□出張所 | | □普通  □当座 |  |  |  |  |  |  |  |
| 店　番 | | フリガナ |  | | | | | | | | |
|  | | 口座名義人 |  | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| 【振込先名義人が申請者又は接種者以外の場合】  （委任状）　私は、　　　　　　　　　　　　　　　を代理人と定め、次の権限を委任します。  　　　　年　　月　　日に申請したインフルエンザ接種個人負担金助成金受領に関すること。  　　　申請者の　住　所  　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　印  　　　代理人の　住　所  　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |