

書類受取日	内容確認印

様式第3号(第5条関係)

# 王寺町子ども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

令和 年 月 日

王寺町長様

申請者 住所 王寺町

**義務教(小)6年生  
以下**

氏名

電話番号

王寺町子どもインフルエンザ予防接種費用助成金交付要綱第5条の規定に基づき、必要書類を添えて、下記のとおり助成金の交付を申請(請求)します。

記

受付番号	ふりがな			<input type="checkbox"/> 義務教(小)6年生以下 確認して <input checked="" type="checkbox"/>	生年月日 平成 令和 年 月 日
	被接種者氏名①				
	回数	接種年月日	接種費用	請求金額	
	1回目	令和 年 月 日	円	請求金額の欄には、 接種費用が 3,000円まで→半額を記入 3,000円以上→1,500円を記入	円
	2回目	令和 年 月 日	円		円
				①合計金額	円

受付番号	ふりがな			<input type="checkbox"/> 義務教(小)6年生以下 確認して <input checked="" type="checkbox"/>	生年月日 平成 令和 年 月 日
	被接種者氏名②				
	回数	接種年月日	接種費用	請求金額	
	1回目	令和 年 月 日	円	請求金額の欄には、 接種費用が 3,000円まで→半額を記入 3,000円以上→1,500円を記入	円
	2回目	令和 年 月 日	円		円
				②合計金額	円

受付番号	ふりがな			<input type="checkbox"/> 義務教(小)6年生以下 確認して <input checked="" type="checkbox"/>	生年月日 平成 令和 年 月 日
	被接種者氏名③				
	回数	接種年月日	接種費用	請求金額	
	1回目	令和 年 月 日	円	請求金額の欄には、 接種費用が 3,000円まで→半額を記入 3,000円以上→1,500円を記入	円
	2回目	令和 年 月 日	円		円
				③合計金額	円

インフルエンザ予防接種費用助成金を下記口座へ振り込んでください。

銀行 信用金庫 信用組合 協同組合		本店 支店	金融機関番号						
			支店番号						
貯金種別	<input type="checkbox"/> 普通預金 確認して <input checked="" type="checkbox"/>	口座番号	左詰 記入						
カナ (口座名義)	カタカナで記入								

【助成対象者、助成回数】 生後6か月から義務教育学校(小学)6年生までは2回助成

【助成金額】 予防接種費用の2分の1で、1回につき1,500円を上限とする。

【必要書類】 ①同意書 ②医療機関で発行した領収書(被接種者氏名、接種年月日、ワクチン名が記載されたもの)

③保護者名義の通帳 ④本用紙(申請書兼請求書) ⑤母子健康手帳又は予防接種の接種済証

⑥申請者の本人確認書類(運転免許証、マイナンバーカード等)