

別記様式第1号（第5条関係）

年 月 日

南山城村長 様

申請者 住所
氏名
電話番号
(被接種者との関係)

南山城村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

予防接種費の助成を受けたいので、関係書類を添えて下記のとおり申請・請求します。
なお、この申請・請求にあたり、住民基本台帳等の確認をすることに同意します。

1. 対象小児

氏名		生年月日	年 月 日
住所			

2. 予防接種

1 回目	接種日	年 月 日	接種医療機関名
	予防接種費	助成申請額	
	円	円	
2 回目	接種日	年 月 日	接種医療機関名
	予防接種費	助成申請額	
	円	円	
合計	予防接種費	助成申請額	他制度助成額 (※1)
	円	円	円

3. 振込先 (※2)

銀行名	銀行 金庫 組合	店	種 別	普 通 ・ 当 座
口座番号	フリガナ	口座名義		

(※1) 他制度助成額は健康保険等で他に助成を受けている場合にのみ記入してください。
(※2) 振込先は申請者名義の口座をご記入ください。

添付書類

- (1) 対象小児が予防接種を受けた医療機関の領収書
- (2) 接種日（予防接種年月日）が確認できる書類
- (3) その他村長が必要と認める書類

【事務担当記入欄】

助成金 申請額	円	助成金 交付決定額	円
------------	---	--------------	---