様式第１号(第４条関係)

東秩父村こどもインフルエンザ予防接種事業補助金交付申請書兼請求書

※太枠内をご記入ください。

フリガナ			
被接種者名			
生年月日	年　月　日生（満　歳）※0歳6か月以上18歳に到達した年度末まで		
住所	埼玉県秩父郡東秩父村		
接種の状況	１回目の接種	接種年月日	年　月　日
		接種医療機関名	
		接種に要した費用	円
	２回目の接種	接種年月日	年　月　日
		接種医療機関名	
		接種に要した費用	円
接種に要した費用		計	円

こども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、東秩父村こどもインフルエンザ予防接種事業補助金交付要綱第4条の規定に基づき申請します。

年　月　日

東秩父村長　様

申請者　住　所
（保護者）
氏　名
被接種者との続柄
電　話　（　）

振込先金融機関名	銀行・信用金庫・農協		預金種類	普通（総合口座）
	本店・支店		口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人			

補助金額	円

⑴注1　注射の場合、季節性と新型を合わせて同一年度内に予防接種回数2回まで（1回当たり上限3,000円）補助します。ただし、1回当たり3,000円未満の場合はその金額とします。

⑴注2　フルミスト（点鼻液）の場合、同一年度内に予防接種回数1回まで（上限6,000円）補助します。ただし、6,000円未満の場合はその金額とします。

⑴注3　医療機関が発行した領収書と、予防接種の種類が分かる明細書等を裏面に貼り付けてください。

⑴注4　上記の領収書に予防接種したこどもの名前と「インフルエンザ予防接種」の名称がない場合はお支払いできません。また、予防接種の種類が不明な場合、フルミスト（点鼻液）としてお支払いできない可能性があります。

⑴注5　振込先金融機関は、銀行、信用金庫、農協とし、保護者名義のものに限ります。

こどもインフルエンザ予防接種の領収書を下記に貼り付けてください。

領収書	