

様式第 1 号（第 7 条関係）

月形町インフルエンザワクチン接種費用助成申請書兼請求書

年 月 日

月形町長 様

【申 請 者】
住 所 月形町
氏 名
電話番号

下記のとおり、月形町インフルエンザワクチン接種費用の助成に関する要綱に基づく助成を受けたいので申請（請求）します。

ふりかな		ふりかな				
対象者（児童） 生年月日	年 月 日 生（満 歳）	対象者（児童） 生年月日	年 月 日 生（満 歳）			
ふりかな		ふりかな				
対象者（児童） 生年月日	年 月 日 生（満 歳）	対象者（児童） 生年月日	年 月 日 生（満 歳）			
住 所						
接種医療機関						
請求 内 訳	実施日	接種回数	単価	人数	金額	接種者（児童）名
申請額	円					
支払方法	1 振込 2 現金					
	金融機関名		種 類	口座番号		
	銀行 本店	□ 普通 □ 当座	フリガナ			
	農協 本所 信金 支店		口座名義			
【添付書類】 □ 領収書						

* 太線の中を記入してください。