別紙様式（第８条関係）

大間町インフルエンザ任意予防接種費用給付申請書

　　年　　月　　日

大　間　町　長　　殿

申請者氏名

　大間町インフルエンザ任意予防接種費用の給付を申請します。

※太枠内を記入してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 接種者氏名 |  | | 申請者との続柄 | | |  | | | | | |
| 住　　　所 | 大間町大字　　　　字 | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日生まれ（　　　　歳） | | | | | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | | | | | | |
| 予防接種日 | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | |
| 接種区分 | □ 未就学児　　　　　　　　□ 小学生  □ 中学生　　　　　　　　　□ 高校生  □ 妊婦 | | | | | | | | | | |
| 町外医療機関で  接種した理由 | □ かかりつけ医（病院）のため  　　□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| 振込み先口座番号 | 銀　　行・信用金庫  信用組合・信用漁連  労働金庫 | | | 本店・支店  支所・出張所 | | | | | | | |
| 預金種別 | 普　通　・　当　座 | | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | | | | |
| 口座名義人 |  | | | | | | | | | |
| 備　　　考 |  | | | | | | | | | | |

〈添付書類〉領収書原本、インフルエンザ予防接種と明記されている書類

〈申請期限〉接種日の属する年度の末日まで