年　　月　　日

小児インフルエンザワクチン接種費用償還払い申請書

白鷹町長　　殿

申請者

住所　白鷹町大字

氏名　　【続柄：　　】

電話番号　　―　　―

（日中連絡がとれる電話番号をご記入ください）

小児インフルエンザワクチン接種費用ついて、償還払いを受けたいので、白鷹町小児インフルエンザワクチン接種費用償還払い実施要綱の規定により次のとおり申請します。

被接種者氏名		生年月日	年　月　日
住所			
接種日	年　月　日	接種医療機関名	
他の助成利用の有無	無　・　有（　　）		
接種費用	円	償還払い申請額	円　(※)

※不活化インフルエンザＨＡワクチンは２，０００円、経鼻弱毒生インフルエンザクチンは３，０００円を上限とします。接種費用が上限に満たない場合はかかった分の費用をご記入ください。

振込先	金融機関名	銀行 農業協同組合 信用金庫 信用組合			預金種別	普通・当座	
	支店名	支店					
	口座番号						
	(ﾌﾘｶﾞﾅ) 口座名義人						
		交付決定額	円　(町記載欄)				

インフルエンザワクチン接種費用助成に関することについて、必要時、町から医療機関に連絡をとることに同意します。　　保護者自署

＜添付書類＞・インフルエンザワクチン接種に要した費用がわかる領収書等の写し

・母子健康手帳(予防接種欄)の写し