様式第１号（第５条関係）

**インフルエンザ予防接種費用補助金交付申請書**

年 　月 　日

昭和村長　　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申 請 者（保護者：振込口座の名義人と同一の人） | | |
| 住　　所 | 昭和村大字　　　　　　　　　　　　　TEL　　（　　） | |
| ふりがな |  |  |
| 氏　　名 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 補助金申請額 | 円 |

* １３歳未満で、２回接種する人は、２回目が終わってから申請してください。
* 下記に接種した家族全員の氏名をまとめて記入し、補助金申請額は全員の合計金額を記入してください。接種の時期が異なる場合は、個別申請も可能です。
* 補助金は、回数に関わらず、１人4,000円が上限です。

（合計金額が4,000円を超える場合は、4,000円と記入してください。）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NO | 接 種 者 氏 名 | 生 年 月 日 | 年齢 | 接種日 | 合計金額 |
| 1 |  | 年　月　日 |  | 年　月　日 | 円 |
| 年　月　日 |
| 2 |  | 年　月　日 |  | 年　月　日 | 円 |
| 年　月　日 |
| 3 |  | 年　月　日 |  | 年　月　日 | 円 |
| 年　月　日 |
| 4 |  | 年　月　日 |  | 年　月　日 | 円 |
| 年　月　日 |
| 5 |  | 年　月　日 |  | 年　月　日 | 円 |
| 年　月　日 |

* 補助金は下記の指定口座に振り込みます。

**振 込 口 座（保護者の口座でお願い致します。）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 振込金融機関名 |  | 支店名 |  |
| 預金の種別 | 1普通　　2当座 | 口座番号 |  |
| フリガナ |  | | |
| 口座名義人 |  | | |