

様式第1号 (第4条関係)

大山町インフルエンザワクチン予防接種費用助成金申請書  大山町長 竹口 大紀 様		
接種者氏名 (生年月日)	(          年          月          日生)	
接種を受けた 医療機関名		
接種の回数 (※1) (該当する欄に○をつけて ください。)	1回目 (          ) 2回目 (          )	
接種した日	1回目 令和      年      月      日	※ 役場記入欄  <input type="checkbox"/> 確認済
	2回目 令和      年      月      日	
添付書類 医療機関発行の支払額を証明するもの (領収書の写し等)		
申請金額	円 (※2)	
令和      年      月      日		
(※3) 申請者 住所 大山町		
氏名		印

- ※1 2回分申請される場合は、両方に○をつけてください。
- ※2 1回分申請される場合：(1回分の接種料金) - 1000円  
 例：接種料金が3600円の場合、3600円-1000円=2600円が申請金額になります。  
 2回分申請される場合：(2回分の合計接種金額) - 2000円  
 例：1回目の接種料金が3600円、2回目の接種料金が2500円の場合、  
 (3600円+2500円) - 2000円=4100円が申請金額になります。  
2回接種を受けられる場合は、2回分まとめて申請してください。
- ※3 申請者の欄には、助成金の振込先口座の名義人を記入してください。

-----  
 (ここから下は窓口で記入します。)

債権者登録 あり なし (用紙添付)  
 添付書類 領収書