

年 月 日

大山町長 様

申請者 住 所  
氏 名  
電話番号

大山町インフルエンザ予防接種費用助成金交付申請書

年度において、次のとおり助成金の交付を受けたいので、大山町インフルエンザ予防接種費用助成金交付要綱第4条の規定により申請します。なお、必要なときは、本町の住民であることを公簿等により確認することに同意します。

記

1 助成金の名称 大山町インフルエンザ予防接種費用助成金

2 助成金交付申請額 円

3 申請者に関する事項

対象者氏名		生年月日	年 月 日
接種回数 (該当する欄に○をつけてください)	1回目 ( ) 2回目 ( )		
<助成金交付申請額の算定>			
算定基準額	円		
交付申請額	円		

4 添付書類（写し可）

- (1) 接種日及び接種したワクチンの種類が確認できるもの
- (2) 予防接種に係る領収書
- (3) その他（生活保護証明書等）