

別記様式第3号（第11条関係）

令和2年度七飯町インフルエンザ予防接種費用助成申請書

来所日

年 月 日

七飯町長 様

申請者 住所 七飯町本町6丁目1-1

氏名 七飯 太郎 印

領収書の日付、領収金額

電話番号 66-2522

令和2年度七飯町インフルエンザ予防接種費用助成要綱に基づき、助成を受けた  
いので、申請します。

予防接種を受けた方の氏名	医療機関名	接種日	負担額	下記口座への振込委任
七飯 太郎	りんご内科	/	円	
七飯 花子	だんしゃく外科	/	円	○
		/	円	
		/	円	口座名義人以外
		/	円	の方の委任確認

交付決定された助成金については、下記口座に振り込んでください。

金融機関名	〇〇〇〇〇	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合	〇〇〇	本店 支店 出張所					
種別	普通・当座	口座番号	0	1	2	3	4	5	6
(フリガナ) 口座名義人	ナナエ タロウ 七飯 太郎								

<注意事項>

- 振込口座は、1世帯につき、1代表口座とします。
- 申請時に、必要なものは①領収書（予防接種を受けた方の氏名、医療機関名、予防接種日、領収金額の記載、領収印があるもの）②予防接種済証の写し③申請者の身分証明ができるもの写し（運転免許証、マイナンバーカード、健康保険証等）④振込先金融機関及び口座番号がわかるものの写し通帳、キャッシュカード）⑤印鑑です

※申請時に添付された領収書はお返しできません。

- 予防接種日の属する年度の3月末までに申請してください。
- 以下の欄は保健センターで使用しますので、何も記載しないでください。

処理欄	決定年月日： 年 月
	交付決定額： 円