別紙様式（第８条関係）

大間町インフルエンザ任意予防接種費用給付申請書

　　年　　月　　日

大　間　町　長　　殿

申請者氏名

　大間町インフルエンザ任意予防接種費用の給付を申請します。

※太枠内を記入してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 接種者氏名 |  | 申請者との続柄 |  |
| 住　　　所 | 大間町大字　　　　字　 |
| 生年月日 | 　　　年　　　月　　　日生まれ（　　　　歳） |
| 電話番号 |  |
| 予防接種日 | 　　　年　　　月　　　日 |
| 接種区分 | ①６ヶ月～小学生（２回接種）②中学生から１８歳以下（１回接種）③妊婦（１回接種） |
| 町外医療機関で接種した理由 |  |
| 振込み先口座番号 | 　　　　　　　　　　銀　　行・信用金庫信用組合・信用漁連労働金庫 | 本店・支店支所・出張所 |
| 預金種別 | 普　通　・　当　座 | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |
| 備　　　考 |  |

〈添付書類〉領収書原本、インフルエンザ予防接種と明記されている書類

〈申請期限〉接種日の属する年度の末日まで