様式第１

インフルエンザ予防接種費用助成申請（兼請求）書

令和　　年　　月　　日

えりも町長　　様

住　所　　幌泉郡えりも町字

申請者　　氏　名　　㊞

電　話　　－

（世帯主名　　）

インフルエンザ予防接種費用の助成を受けたいので、次のとおり申請（請求）します。

助成対象者	氏名・生年月日・世帯主との続柄	接種料金	区分番号	助成額
	生年月日（T・S・H・R　　．　　．　　）　続柄（　　）			
	生年月日（T・S・H・R　　．　　．　　）　続柄（　　）			
	生年月日（T・S・H・R　　．　　．　　）　続柄（　　）			
	生年月日（T・S・H・R　　．　　．　　）　続柄（　　）			
	生年月日（T・S・H・R　　．　　．　　）　続柄（　　）			
		申請（請求）合計額		

■助成対象区分　接種費用の全額助成

① 65 歳以上の者（60～64 歳重度障害者含む）

② 乳幼児～高校 3 年生（小学6年生以下 2回まで）　　※高校生は学生証のコピー

③ 生活保護受給者

振込金融機関名	口座番号	口 座 名 義 人
（　　）銀行・信金・漁協・農協 本 店　（　　）支店	普通　　当座	

次のとおり決定してよいか伺います。	町　長	副町長	課　長	課長補佐	係　長	係
令和　　年　　月　　日						
□ 支　給　　□ 不支給						

支 給 決 定 額	円　注：申請書には「領収書」を添付してください。