

年 月 日

大野市長 様

申請者 住所
氏名
電話番号

大野市子どもインフルエンザ予防接種費助成金交付申請書
兼請求書（保護者用）

大野市子どもインフルエンザ予防接種費助成金交付要綱第5条第3項の規定により、下記のとおり助成金の申請及び請求をいたします。

記

1 助成金の額 金 円

2 対象となる子ども

フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日（歳）
住所			
回数	接種日		医療機関名
1回目	年 月 日		
2回目	年 月 日		

3 添付書類 医療機関の領収書
振込先の通帳の写し

※領収書（レシート不可）はインフルエンザ予防接種であることが分かるものを添付してください。