

関川村インフルエンザワクチン任意接種費用

助成金申請書（子ども）

令和 年 月 日

関川村長様

申請者（保護者）

住所 関川村大字

氏名

電話

インフルエンザ接種費用の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

なお助成を受けるにあたり必要があるときは、関川村が住民基本台帳の閲覧や医療機関へ確認を行うことに同意します。

【被接種者】

住 所	関川村大字
氏 名	(男 ・ 女)
生年月日	平成・令和 年 月 日生 (歳 か月)
申請回数	1 回目 ・ 2 回目
交付申請金額	1 回につき 1,500 円 (各年度 1 人 2 回まで)

○ 接種医療機関 記入欄

上記の申請者に任意予防接種を行い、接種に係る費用について 1,500 円を差し引いた額を受領しました。

令和 年 月 日
医療機関住所
医療機関名
接種医氏名