

記入例

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）

関川村長様

令和3年 10月 31日

申請者（保護者）

住所 関川村大字〇〇1234-1

氏名 関川 太郎

電話 0254-64-△△△△

保護者は記入し、
接種当日、接種医療機関
に提出してください。

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 〇〇1234-1
氏名	関川 かおる (男・女)
生年月日	平成・令和 3年 4月 3日生 (〇歳 6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。

記入は不要です。

令和 年 月 日

医療機関住所

医療機関名

接種医氏名