

別記第 1 号様式（第 5 条関係）

古座川町成人インフルエンザ予防接種費用助成金申請書

古座川町長 様 年 月 日

・ 申請者 ・  
住所  
氏名 印  
電話番号

下記のとおり、インフルエンザ予防接種を受けましたので、次のとおり申請します。

申請（請求）金額 円

対象者	氏名		
1回目接種	接種日		①支払額
	年 月 日		円

支払額①	÷	支払額の半分 2	＝	申請額
円				円

次の口座への振り込みを依頼します。

金融機関名		銀行・金庫・ 農協	店
預金種別	普通      ・      当座	口座番号	
ゆうちょ銀行	普通      ・      当座		
口座名義人 (申請者と同一であること)			