

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

$$\begin{array}{ccc} \boxed{\text{支払額①}} & \div & \boxed{\text{支払額の半分}} \\ \boxed{\text{円}} & & \boxed{2} \\ & & = \\ & & \boxed{\text{申請額}} \\ & & \boxed{\text{円}} \end{array}$$

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)			