

別記様式(第4条関係)

宝達志水町妊婦インフルエンザ予防接種費用助成金交付申請書

年 月 日

宝達志水町長 様

申請者(妊婦)氏名 _____

インフルエンザ予防接種を受けましたので、次のとおり助成金を申請します。

注) 太枠の中を御記入ください。

申請者 (妊婦)	住 所	宝達志水町	
	生年月日	年 月 日	(歳)
	電話番号		
	出産予定日	年 月 日	
	母子健康手帳交付 No ()		
予防接種日	年 月 日		
接種医療機関名			
予防接種費用	円		
本人負担額	円	申請額 (上限2,000円)	円
振 込 先 (申請者名義)	金融機関	銀行・金庫・農協 店	
	普通 当座	口座番号	
	(フリガナ) 口座名義人		

- (添付書類)
- 1 母子健康手帳
 - 2 予防接種名が明記された領収書又はそれに準ずる書類
 - 3 振込先の口座が分かるもの
 - 4 加入医療保険の保険証