様式第４号(第９条関係)

　　 年 月 日

琴平町長　様

　　　　　　　　　　　　　　　申請者住所

 　　　　 　　　氏名

 　　 電話番号

 (被接種者との関係　　　　　)

琴平町子どもインフルエンザ予防接種費償還払申請書兼請求書

琴平町子どもインフルエンザ予防接種費の償還払を受けたいので、琴平町子どもインフルエンザ予防接種費用助成要綱第９条第２項の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請・請求します。

なお、この申請にあたり、住民基本台帳等の確認をすることに同意します。

記

１．被接種者

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 | 生年月日 | 接種年月日 | 回数 | 接種金額 |
|  |  |  | 1・2 |  |
|  |  |  | 1・2 |  |
|  |  |  | 1・2 |  |
|  |  |  | 1・2 |  |
|  |  |  | 1・2 |  |
| 合計金額 |  |

２．振込先

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名 | 　　　　　　　　　銀行・農協　　　　　　　　　　支　店　　　　　　　　　信金・信組　　　　　　　　　　出張所 |
| 口座種別 | □普通　□当座 | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |

３．添付書類

(1)接種した医療機関等の領収書の原本（接種した予防接種の種類が分かるもの）

(2) その他町長が必要と認める書類