

(表)

様式第 4 号（第 10 条関係）

令和 8 年度砥部町子どもインフルエンザ予防接種費用助成事業助成金
交付申請書兼請求書

年 月 日

砥部町長 様

申請者(請求者)

住 所

氏 名

㊞

助成対象者
との続柄

電 話 番 号

令和 8 年度砥部町子どもインフルエンザ予防接種事業実施要綱第 10 条の規定によ
り、次のとおり申請するとともに請求します。

助 成 対 象 者	フリガナ		生年月日	接種回数 どちらかに○
	氏 名		年 月 日	1 回 ・ 2 回
	フリガナ		年 月 日	1 回 ・ 2 回
	氏 名			
	フリガナ		年 月 日	1 回 ・ 2 回
	氏 名			
	フリガナ		年 月 日	1 回 ・ 2 回
	氏 名			
	現 住 所	☐ 申請者 と同じ	〒	
	接種医療機関	名 称		
申請(請求)金額	1,000円× 合計接種回数	円		

(裏)

私が受領する助成金について、下記指定口座への振込を依頼します。

振込先口座	金融機関名	銀行 信用金庫 農協								本店 支店 支所
		金融機関コード					支店番号			
	預金種別	普通・当座								
	口座番号									
	フリガナ									
	口座名義人									

申請者(請求者)と口座名義人が異なる場合、下記受領委任欄に記入してください。

受領委任状
私は、上記口座名義人に助成金の受領に関する一切の権限を委任します。 年 月 日 申請者氏名（署名又は記名押印）

【添付書類】

- 1 助成対象者の接種記録が確認できる母子健康手帳、予防接種済証又は接種済みの記載がある予診票等の写し
- 2 接種を受けた医療機関が発行した領収書（助成対象者の氏名、接種日、ワクチン名、料金、領収印及び医療機関名がわかるもの）※原本に限る。