

様式第2号

吉備中央町子どもインフルエンザ予防接種助成申請書

年 月 日

吉備中央町長 殿

次のとおり、子どもインフルエンザ予防接種費の助成を受けたいので、次の関係書類を添えて申請します。なお、助成審査に関する医療機関への照会について同意します。

申請者	住所			
	氏名		被接種者との続柄	
	連絡先	電話		
予防接種を受けた人	住所	(申請者と住所が異なる場合は記入のこと) 吉備中央町		
	氏名			
	生年月日	年	月	日 (歳)

*添付書類 ・予防接種をした際の領収書又は医療機関が発行した接種済証又は、母子健康手帳（接種日、ワクチンロット NO、接種医療機関の確認できるページ）

保健課記入欄

公費負担額	1回目	円	2回目	円	助成合計金額
接種日		年 月 日		年 月 日	円
接種医療機関					