

令和2年度茅野市小児インフルエンザワクチン予防接種費用助成金申請書兼請求書

令和 年 月 日

(宛先) 茅野市長

茅野市小児インフルエンザワクチン予防接種費用助成金の支払を申請(請求)します。

申請者 (保護者)	氏名	(フリガナ) _____ 印	連絡先(電話) — —	
	住所	茅野市		
接種を受けた人	氏名	(フリガナ) _____	生年月日	平成・令和 年 月 日生
	接種した日	令和 年 月 日		

1,000円 × 回数 = 円		
口座振込 希望金融機関	銀行コード	支店コード
	銀行 信用金庫 信用組合 農協	支店 支所
口座名義人	(フリガナ) _____	
口座番号	普通 当座	

※ 申請者氏名と口座名義人が異なる場合のみ、委任状の記入をお願いします。

委任状	<p>予防接種費用助成金の受領については、上記口座名義人に委任します。</p> <p>氏名 _____ 印</p>
-----	-----------------------------------------------------------

- ※ 領収書、クーポン券、接種を証明するものの写し(母子健康手帳、接種済証など)を添付してください。
- ※ 助成金の額1回1,000円とする。
- ※ 関係書類一式は担当課にて保管