

別記様式（第8条関係）

総社市インフルエンザ予防接種費用助成事業償還給付申請書

令和 年 月 日

総社市長 様

次のとおりインフルエンザ予防接種助成事業に係る接種費用の助成を受けたいので、次の書類を添えて申請します。

申請者 (口座 名義人)	氏名	被接種者との続柄 ()		住所	総社市 電話
被接種者	氏名	(生年月日: 年 月 日)		住所	・申請者に同じ
内 訳	種 類	上限額	支払金額		申請金額
	インフルエンザ	2,000 円	円		円
助 成 決 定 額 金 円					

添付書類

- (1) 予防接種をした際の領収書（被接種者の氏名が記載されたもの）
- (2) 予防接種を受けたことを証明する書類（母子手帳等）の写し
- (3) その他市長が必要と認める書類

口座振込先

金融機関の名称	() 銀行・信用金庫・農協 () 本店・支店・支所				
口座種別と 口座番号	普通預金	口座番号			
	当座預金				
フリガナ					
口座名義人					