

別記様式（第5条関係）

三朝町高齢者インフルエンザ予防接種自己負担金助成申請書

年 月 日

三朝町長 様

申請者 住 所
氏 名 印

次のとおりインフルエンザ予防接種を受けましたので、接種費用について助成金を申請します。

記

助成申請額		円	
対象者	住所	(連絡先)	
	氏名		
	生年月日	年 月 日	
生活保護担当者確認印			

助成金は、次の口座に振り込んでください。

振込先	金融機関名		支店名	支店
	預金種別	普通 ・その他 ()	(ふりがな)	
	口座番号		口座名義人	

三朝町会計管理者 様