

別記第1号様式（第7条関係）

長洲町季節性インフルエンザ任意予防接種費用助成申請書（兼請求書）

年 月 日

長洲町長 様

申請者 住所 玉名郡長洲町大字
(請求者)

氏名

印

電話番号

長洲町季節性インフルエンザ任意予防接種費用助成に関する要綱第7条の規定により、
次のとおり申請（請求）します。

1. 申請内容

	氏 名	生年月日	年齢	接 種 日	接種費用
1		年 月 日	歳	年 月 日	円
				年 月 日	円
2		年 月 日	歳	年 月 日	円
				年 月 日	円
3		年 月 日	歳	年 月 日	円
				年 月 日	円
4		年 月 日	歳	年 月 日	円
				年 月 日	円
5		年 月 日	歳	年 月 日	円
				年 月 日	円
6		年 月 日	歳	年 月 日	円
				年 月 日	円

費用額 計： 円

申請（請求）額： 円

2. 支払方法

1. 口座（下記の金融機関）

2. 窓 口

振 込 先	金融機関 (ゆうちょ 銀行を除く)	金 融 機 関 名	銀行・農協 信金・労金		本店・支店 支所
		普通・当座・その他（ ）		口座番号	
		口座名義（カナ記入）			
	ゆうちょ 銀行 (郵便局)	記 号			番 号
		口座名義（カナ記入）			

(添付書類) 接種した予防接種の領収書

※町助成額： 円

(債権者以外の方が領収を希望される場合に記入してください。)

委任状		
受任者	住所	
	氏名	印
私は、上記の者を代理人と定め、領収に関する一切の権限を委任します。		
	年 月 日	
委任者	住所	
	氏名	印