

(様式第3号)

飯山市小児インフルエンザ予防接種費用補助金申請書兼請求書

令和 年 月 日

飯山市長 あて

申請者 住所
氏名 ⑩
電話

小児インフルエンザ予防接種費用の補助を受けたいので、次のとおり交付申請（請求）
します。

接種を受けた方	①	フリガナ 氏名		性別	男・女
				年齢	歳
		生年月日	平成・令和 年 月 日	接種回数	回
	②	フリガナ 氏名		性別	男・女
				年齢	歳
		生年月日	平成・令和 年 月 日	接種回数	回
③	フリガナ 氏名		性別	男・女	
			年齢	歳	
		生年月日	平成・令和 年 月 日	接種回数	回
交付申請額		円			
振込先口座	<input type="checkbox"/> 飯山市福祉医療費特別給付金の受領口座と同じ（以下記載不要）				
	<input type="checkbox"/> 上記口座以外				
	金融機関名				
	支所・支店名				
	口座種別・番号		普通・当座		
	フリガナ 口座名義				

※対象となる予防接種費用に係る医療機関の領収書（原本）を必ず添付してください。

補助金額 上限1回2,000円（例：2,400円×2回→4,000円、1,800円×2回→3,600円）