

(あて先) 南伊勢町長

申請者（保護者）	
氏名	①
住所等	南伊勢町 電話番号（ ） —

来庁者 氏名 続柄
(家族・親類) 住所

南伊勢町インフルエンザ予防接種費用助成金交付申請書（小学校3年生に相当する年齢以下）

南伊勢町インフルエンザ予防接種費用助成金の交付を受けたいので申請します。※以下の者は申請者と同居所

被接種者氏名	生年月日	接種日	医療機関名	請求金額
	年 月 日	令和 年 月 日		円
	年 月 日	令和 年 月 日		円
	年 月 日	令和 年 月 日		円
※被接種者1人あたりの請求金額の上限額は1,500円			請求金額合計	円

振込口座（※保護者の口座）

振り込み通帳のコピー 貼り付け欄

- ※ 保護者（申請者と同じ方）の振り込み通帳のコピーを貼り付けしてください（※表紙を1枚めくったページのコピーをしてください）。
- ※ 口座名義の漢字が申請者氏名に記入したものと異なる場合は振り込み通帳の表紙のコピーも添付してください。（例：「濱」と「浜」など）
- ※ 振り込み可能な金融機関は、銀行（ゆうちょ銀行も含む）・農協・信漁連・信用金庫・労働金庫となります。
- ※ 振り込み通帳のコピーは枠内に収まるように貼り付けしてください。

(添付書類) ①振り込み通帳のコピー ②母子健康手帳等のコピー ③領収書の原本

町使用欄（何も記入しないで下さい）	<input type="checkbox"/> 通帳	<input type="checkbox"/> 母子健康手帳等	<input type="checkbox"/> 領収書	<input type="checkbox"/> 済
-------------------	-----------------------------	----------------------------------	------------------------------	----------------------------

裏面

母子健康手帳等のコピー 貼り付け欄

※ 予防接種記録欄のコピー

2回目接種の領収書の原本 貼り付け欄

※ インフルエンザ予防接種代と分かる領収書の原本