

年 月 日

昭和町長 様

申請者（子ども場合は保護者）

住 所

氏 名

㊞

電話番号

新型コロナウイルス感染症対策としての  
昭和町インフルエンザ予防接種費用助成金支給申請書

新型コロナウイルス感染症対策としての昭和町任意インフルエンザ予防接種費用助成事業実施要綱第7条の規定に基づき、助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

1 助成対象者

氏 名	生年月日	接種時の年齢	インフルエンザワクチン		
		妊婦は妊娠週数	接種日		
	年 月 日	歳 カ月 妊娠 週	1回目	年 月 日	
		歳 カ月	2回目	年 月 日	
	年 月 日	歳 カ月	1回目	年 月 日	
		歳 カ月	2回目	年 月 日	
	年 月 日	歳 カ月	1回目	年 月 日	
		歳 カ月	2回目	年 月 日	
	年 月 日	歳 カ月	1回目	年 月 日	
		歳 カ月	2回目	年 月 日	

※1回の接種の人は1回目のみ記入

2 申請金額

円

※助成金額は、1回上限2,500円、上限に満たないときは当該予防接種費用額に基づき町が決定します。

3 振込先

金融機関名		本支店名	
種 別	普通 ・ 当座	口座番号	
(フリガナ) 口座名義人			

(注意事項)

- 1 申請期限：令和3年2月28日まで
- 2 添付書類：インフルエンザ予防接種を受けたことがわかる領収書（原本）
- 3 振込先は、申請者の口座を記入してください。