様式第３号（第５条関係）

日南町インフルエンザ予防接種費用助成金申請書

　次のとおり日南町インフルエンザ予防接種費用助成金を申請します。

　　年　　月　　日

日南町長　様

　　（申請者）

住　所　　日南町

　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　印

（接種者との続柄：　　　　　　　　）

＊申請者について、接種を受けた方が満１８歳未満の場合は保護者とする。

 また、満１８歳以上の学生の場合は保護者とすることができる。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 接　種　者 | 氏　　 　名 |  |
| 住　 　　所 | 　日南町 |
| 生 年 月 日 | 　　　　　年　　　月　　　日 |
| 接種内容 | 第1回目 | 接種日：　　　　年　　月　　日／負担額：　　　　　円 |
| 第2回目 | 接種日：　　　　年　　月　　日／負担額：　　　　　円 |
| 助成対象者区分 | □町民税課税世帯・非課税世帯者（ 国保・社保等 ）自己負担額　　　　　　円□生活保護受給世帯者 |
| 添付書類 | □インフルエンザ予防接種の領収書□インフルエンザ予防接種済証 |

|  |  |
| --- | --- |
| 助成申請額 | 金　　　　　　　　　　　　　　　　円 |