

様式第1号（第4条関係）

千代田町インフルエンザ予防接種費用助成金交付申請書

年 月 日

千代田町長 様

申請者

住 所 千代田町

電話番号

氏 名

（接種対象者との続柄

印

）

千代田町インフルエンザ予防接種費用助成事業実施要綱第4条の規定により、助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

なお、申請に基づく支給決定に当たり、千代田町が所有する情報を閲覧し、又は調査すること及び医療機関等に問い合わせることに同意します。

申請額 _____円※申請額は窓口で確認してからご記入ください。

接 種 対 象 者	フリガナ	
	氏 名	
	住 所	千代田町
	生 年 月 日	年 月 日
	接種年月日	年 月 日
	接種費用	円 ※領収書の金額を記入してください
	医療保険等からの 助成の有無	有（ 円） ・ 無
	区 分	中学3年生 ・ 高校3年生相当 ・ 妊婦