様式第６号（第９条関係）

令和　　年　　月　　日

豊山町子どもインフルエンザ予防接種費補助金交付請求書（個人申請用）

豊山町長

申請者（保護者）　住　　所　豊山町大字

氏　　名
電話番号
被接種者との関係

豊山町子どもインフルエンザ予防接種費補助金の交付を次のとおり請求します。

<table>
<tr><td rowspan="3">被接種者</td><td>住　　所</td><td colspan="4">豊山町大字</td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td colspan="2"></td><td>生年月日</td><td>年　月　日
（満　　歳）</td></tr>
<tr><td>電話番号</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">接種状況</td><td>接種実施年月日</td><td colspan="2">年　月　日</td><td colspan="2">年　月　日</td></tr>
<tr><td>接種医療機関名</td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>補助申請額</td><td colspan="5">円×　　回　＝　　円</td></tr>
<tr><td>添付書類</td><td colspan="5">領収書</td></tr>
<tr><td rowspan="4">振込先</td><td>金融機関名</td><td colspan="3">銀　行
信用金庫
農　協</td><td colspan="2">支店</td></tr>
<tr><td>種　　別</td><td>普通・当座</td><td>口座番号</td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>フ リ ガ ナ</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>口 座 名 義</td><td colspan="5"></td></tr>
</table>

補助金交付決定額	この欄は、記入しないでください。 円