様式第１号（第８条関係）

豊山町Ｂ類疾病予防接種費補助金交付申請書

年　　月　　日

豊山町長

申請者　住所

氏名

豊山町Ｂ類疾病予防接種実施要綱第８条の規定に基づき、下記のとおり補助金を申請します。

<table>
<tr><td rowspan="8">対象者</td><td>氏　　名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>生　年　月　日</td><td colspan="3">年　　月　　日（　　歳）</td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="3">（電話　　―　　）</td></tr>
<tr><td>予防接種名</td><td colspan="3">・インフルエンザ
・肺炎球菌感染症
・新型コロナウイルス感染症
・帯状疱疹　　○をつける</td></tr>
<tr><td>接種実施年月日</td><td colspan="3">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>接種医療機関名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>免　除　資　格</td><td colspan="3">有　・　無</td></tr>
<tr><td>支　払　金　額</td><td colspan="3">円</td></tr>
<tr><td>金融機関</td><td>金 融 機 関 名</td><td colspan="3">銀　行　　本　店
信用金庫　　支　店
農　協　　出張所</td></tr>
<tr><td rowspan="2">口座番号</td><td rowspan="2">当座
普通</td><td>フリガナ</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>名義人</td><td colspan="2"></td></tr>
</table>

インフルエンザ、肺炎球菌感染症、新型コロナウイルス感染症及び帯状疱疹予防接種費の領収書及び予診票を添付してください。

補助金交付決定額	※　この欄には記入しないでください。 円