

様式第1号（第5条関係）

年　月　日

（宛先）天童市長

（申請者）住所

氏名

印

（電話

）

天童市インフルエンザ予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

天童市インフルエンザ予防接種費用助成事業実施要綱第5条の規定に基づき、次のとおり関係書類を添えて申請し、請求します。

被接種者

住 所 天童市

氏 名

生年月日

年

月

日

他の助成金受給の有無

有 • 無

接種日

年 月 日

予防接種に要した費用

円 うち請求額

円

金融機関	金融機関名	銀行		金庫		本店		支店	
		組合	農協	支所	出張所	支所	出張所	支所	出張所
	金融種別	普通・当座	口座番号						
	フリガナ								
	口座名義人								

※必要書類等：領収書、母子健康手帳（妊婦の場合）、本人名義の振込先口座番号及び口座名義の確認ができるもの、印鑑