

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

（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 組合 農協		本店 支店 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