償 還 払 用

有田町子どもインフルエンザ予防接種費助成金交付申請（請求）書

令和　　年　　月　　日

有田町長　　様

下記のとおり、インフルエンザ予防接種を終了しましたので、有田町子どもインフルエンザ予防接種費助成要綱第６条第２項の規定により助成金を申請(請求)します。

予防接種費の助成金交付申請・請求額　　金　　円

※助成金（請求額）は 2,000 円です。ただし、費用が 2,000 円未満の場合は実費額です。

申請（請求）者（保護者）	住　所	有田町	電話番号	
	氏 名	（ご本人が自署された際は印鑑不要）	被接種者との続柄	
子ども（被接種者）	住　所	□ 申請者と同じ 有田町	性　別	男 ・ 女
	ふりがな		生年月日	平成・令和　年　月　日 （　歳　月）
	氏　名			

振込先	金融機関名	銀行・信金・農協		本店(所)・支店・支所
	口座種別	普通・当座・総合	ふりがな 口座名義人 （保護者）	
	口座番号			

※申請時は、振込口座の通帳等の写しを添付して下さい。領収書をご提示ください。

医　療　機　関　証　明　欄		
予防接種実施日	回目	令和　　年　　月　　日
予防接種料金 （　　回目分）	金　　円	
上記のとおりインフルエンザ予防接種を実施したことを証明いたします。 医療機関　住　所　　（℡　　） 名　称 代表者　　印		

令和９年２月末日までに、有田町役場 子育て支援課へ提出してください。