

西 原 村
季節性インフルエンザ 助成金申請書

申請日 令和 年 月 日

接種者	氏名・年齢	(才)	(才)							
	氏名・年齢	(才)	(才)							
	電話番号									
接種日・医療機関名		令和 年 月 日 ・ _____								
振 込 先	金融機関名		1. 普通 2. 当座	口座 番号						
	支店名	支 店		カ ナ 名 義						
	※振込先の名義を接種者以外の方とする場合は、下記の委任状に記入が必要です。 委任状 私は、本件に係る助成金の受領を下記の者に委任します。 住 所 阿蘇郡西原村大字 氏 名 (接種者と続柄：)									
申請額 金 _____ 円 ※自己負担額から 1,200 円を差し引いた額 上限は 2,900 円										
上記のとおり申請します。 申請者 住 所 阿蘇郡西原村大字 氏 名 印										