

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 1,400 円を差し引いた額 上限は 3,410 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											