

別記様式第1号（第4条関係）

音更町インフルエンザ予防接種費用補助金交付申請書

年 月 日

音更町長 宛て

申請者 住所
氏名

(署名又は記名・押印)

生年月日

年 月 日

接種者が未成年の場合

被接種者氏名

生年月日

年 月 日

音更町補助金等交付規則第6条の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請します。

補助金申請額	金	円
接種年月日	年	月 日
医療機関等名		
対象区分 (該当する欄に○印を記載願 います。)	65歳以上の者	
	60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓若しくは呼吸器の 機能又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する ものとして身体障害者手帳1級の交付を受けているもの	
	中学3年生	
	高校3年生又は高校3年生に相当する年齢の者	
	妊婦	
	13歳未満の者	
	上記に該当し、生活保護世帯に属する者	
添付書類 (該当する欄に○印を記載願 います。)	予防接種に係る費用を納付したことを確認できる領収証の写し	
	音更町インフルエンザ予防接種済証の写し	
	身体障害者手帳の写し	
	学生証の写し	
	母子健康手帳の写し	
	生活保護費支給世帯の世帯員であることの証明書	
口座振込依頼書		
備考		