別記様式第1号(第4条関係)

年　　月　　日

室戸市小児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

室　戸　市　長　様

申請者　　住所　室戸市
(保護者)　氏名
電話
(対象者との続柄　　)

小児インフルエンザ予防接種費用助成金の交付を受けたいので、室戸市小児インフルエンザ予防接種費用助成金交付要綱第4条の規定により、次のとおり申請及び請求します。なお、室戸市の事務及び事業における暴力団の排除に関する規則(平成25年規則第31号)第2条第2項第5号に規定する排除措置対象者ではありません。

1　接種対象者

氏名（対象小児）	生年月日	接種日		接種費用	助成額
	年　月　日	1回目	年　月　日	円	円
		2回目	年　月　日	円	円
	年　月　日	1回目	年　月　日	円	円
		2回目	年　月　日	円	円
	年　月　日	1回目	年　月　日	円	円
		2回目	年　月　日	円	円
	年　月　日	1回目	年　月　日	円	円
		2回目	年　月　日	円	円
	年　月　日	1回目	年　月　日	円	円
		2回目	年　月　日	円	円
合計					円

2　請求金額　　円

【振込先】

金融機関名		店名	預金種目	口座番号
銀　行 信用金庫 組　合		本　店 支　店 出張所	普通 当座	
口座名義人	フリガナ			
	氏　名			

【担当者処理欄】

受付印	窓口受付者
	受付番号