

(注)申請は、接種が行われた年度の3月31日までです。

令和		年		月		日	
小国町長		様					
住所		小国町大字					
氏名						印	
電話番号		(—		—)	
インフルエンザワクチン接種に係る助成金交付請求書							
下記のとおり予防接種を受けましたので、インフルエンザワクチン接種助成金の交付を請求します。							
記							
○接種者：_____							
○生年月日：_____年_____月_____日（_____）歳							
○接種回数：_____回							
【振込先】							
金融機関名		肥後銀行・熊本銀行・農協・ゆうちょ銀行・その他（_____）					
支店名		支店		普通・当座			
口座番号							
カタカナ 口座名義							
備考							