

(注)申請は、接種が行われた年度の3月31日までです。

小国町長	様	令和 年 月 日
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		