

伺	起案年月日		年 月 日		
	下記のとおり決定してよろしいかお伺いします。				
決 定	町長	副町長	課長	決定年月日	起案者

※ この欄には記入しないで下さい。

決 裁 処 理	1 支給する	支給金額	円			
		支給期間	平成	年	月 日	
	2 支給しない	(支給しない理由)			自己負担額	円
					助成対象額	円
助成対象外					円	

### 高齢者インフルエンザ予防接種費用支給申請書

予防接種を受けた者の 氏名		男・女	生年月日	明治 大正 昭和	年 月 日
予防接種を受けた病院 等	住 所				
	医療機関名				
	実施医師名	*医師名が不明の場合は記入不要			
予防接種を受けた日	平成 年 月 日				
施設・病院等での接種 が必要であった理由					
予防接種に要した費用	円				
上記のとおり、高齢者インフルエンザ予防接種費用の支給を申請します。					
平成 年 月 日 伊根町長 吉本 秀樹 様					
申請者 住所					
氏名 (印) (続柄)					

高齢者インフルエンザ予防接種費用を下記の口座に振り込んでください。

口座振替	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 出張所	種 目	口 座 番 号			
	金融機関コード	店舗コード	1 普通預金 2 当座預金 3 その他				
依 頼 欄	フリガナ						
	口座名義人						