様式第１号（第５条関係）

東伊豆町こどもインフルエンザ予防接種費助成金交付申請書

年　　月　　日

東伊豆町長　様

申請者（保護者）

住　所

（電話　　　　　　　　　　）

氏　名

接種対象者との続柄（　　　　　）

東伊豆町こどもインフルエンザ予防接種費助成金の交付を申請します。

なお、助成金の交付の決定にあたり、住民基本台帳等必要な書類の閲覧に同意します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 接種対象者 | ﾌﾘｶﾞﾅ |  |  |
| 氏　名 |  |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日（　　　歳） |
| 住　所 | 東伊豆町 |
| 接種状況 | 区　分 | 接種年月日 | 接種医療機関名 |
| １回目 | 　　　年　　月　　日 |  |
| ２回目 | 　　　年　　月　　日 |  |
| 助成金振込先 | 金融機関名 | 　　　　　　　　　　銀行・農協　　　　　　　支店　　　　　　　　　　信用金庫　　　　　　　　支所 |
| 口座番号 | 普通・当座 |  |  |  |  |  |  |  |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  |
| 口座名義人 |  |

※この申請により取得した個人情報については、東伊豆町個人情報保護条例の規定に基づき、当該助成事務以外には使用しません。

（添付書類）予防接種を受けた医療機関が発行した領収書

―役場記入欄―

|  |  |
| --- | --- |
| 交付決定額 | 　　　　　　　　円 |