

様式第3号（第4条関係）

五泉市インフルエンザ予防接種助成申請書（一般）

五泉市長 様

令和 年 月 日

住 所 五 泉 市

電 話 ()

申請者名

印

五泉市インフルエンザ予防接種（一般）の助成を願いたく申請します。

被 接 種 者	氏 名			
	住 所	五泉市		
	生年月日	昭和 ・ 平成	年	月 日生
接 種 日		接種医療機関名		
令和 年 月 日				
金 融 機 関 名	銀行	支店		
フリガナ				
通帳名義人				
預 金 種 別	普通・当座	口座番号		

※記名押印に代えて、署名することができます。

※インフルエンザ予防接種助成の対象となるのは、当該年度で1回までです。