

様式第4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（こども）

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（こども）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	平成 ・ 令和 年 月 日生	
保 護 者 名			
	接 種 日		接種医療機関名
1回目	令和 年 月 日		
2回目	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2回までです。