

第1号様式（第6条関係）

五泉市高齢者インフルエンザ予防接種費用助成申請書

五泉市長 様

年 月 日

住 所 五 泉 市

電 話 ( )

申請者名 ㊟

五泉市高齢者インフルエンザ予防接種費用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	年 月 日生		
接 種 日		接種医療機関名		接種料金
年 月 日				円
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。

以下は記入しないでください。

助成額	円
-----	---