

様式第1号

インフルエンザワクチン接種費用助成申請書（新型コロナ対策特例措置用）

令和 年 月 日

阿賀町長 様

申請者 住所 _____

氏名 _____ ㊦

電話番号 _____

下記のとおり、インフルエンザワクチンの接種費用の助成を申請します。

接種者 氏名		生年 月日		接種年月日	
振込指定 金融機関	銀行・信組	支店	口座番号		
	金庫・農協	出張所	フリガナ		
			口座名義人		

※申請者と口座名義人は同じ方になります。

この特例措置は令和3年3月31日までの接種が有効です。

(注) 添付書類

- 1) インフルエンザ予防接種済証（乳幼児は母子健康手帳の写し）
- 2) 領収書

(阿賀町記入欄)

助成対象 の区分	① 満18歳以下の者（満18歳に達する日以後の最初の3月31日まで）【1回目】			
	② 満13歳未満の者【2回目】			
	③ 妊婦			
	④ 満65歳以上の者			
	⑤ 満60歳以上満65歳未満の者で、障害者手帳1級（ただし内部障害に限る）に該当する者			
添付書類	予防接種済証	有 ・ 無	領収書の写し	有 ・ 無
接種費用 の内訳	自己負担額	円	助成額	円