令和　　年　　月　　日

南小国町長　　髙橋　周二　様

季節性インフルエンザ予防接種補助金交付申請書

季節性インフルエンザワクチンを接種しましたので、下記のとおり補助金交付申請します。

申請者 （被接種者又は保護者）	氏　名	
	住　所	南小国町大字

被接種者	①	氏　名		使用したワクチン	季節性インフルエンザ （　皮下　・　経鼻　）
		生年月日	年　　月　　日		
	②	氏　名		使用したワクチン	季節性インフルエンザ （　皮下　・　経鼻　）
		生年月日	年　　月　　日		
	③	氏　名		使用したワクチン	季節性インフルエンザ （　皮下　・　経鼻　）
		生年月日	年　　月　　日		
	④	氏　名		使用したワクチン	季節性インフルエンザ （　皮下　・　経鼻　）
		生年月日	年　　月　　日		

（季節性インフルエンザワクチンを接種したことが分かる領収書を添付してください）