

様式（第5条関係）（用紙 日本産業規格A4縦型）

子どもインフルエンザ予防接種事業助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

伊豆の国市長 宛

申請者 住 所

（保護者）氏 名 ⑧

電話番号

下記のとおり、子どもインフルエンザ予防接種を受けましたので、接種費用の助成を申請します。

予防接種の種類		子どもインフルエンザワクチン (1回につき1,000円を限度に助成、1年度に2回まで)			
接種を受けた	フリガナ				
	氏 名	(男・女)	(男・女)	(男・女)	
	生年月日	年 月 日生 (歳 か月)	年 月 日生 (歳 か月)	年 月 日生 (歳 か月)	
接種状況	1回目	接種日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
		接種費用	円	円	円
		医療機関名			
	2回目	接種日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
		接種費用	円	円	円
		医療機関名			
助成申請額		円			
申請者(振込先保護)	金融機関名	銀行・農協 金庫・組合		支店・営業部 店・出張所	
	預金種別	普通・当座	口座番号		
	フリガナ				
	口座名義人				

添付書類

- 医療機関が発行した子どもインフルエンザ予防接種の領収書（原本）
- 接種年月日及び接種ワクチンが確認できる書類（母子保健手帳の写し可）
- 振込口座の通帳の写し

【承諾書】

申請内容の確認にあたり、伊豆の国市が住民基本台帳を閲覧すること及び確認等が必要な場合は接種医療機関に問い合わせることを承諾します。

申請者自書

(署名又は記名押印)