

様式（第5条関係）（用紙 日本産業規格A4縦型）

申請日を記入

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

令和6年 11月 28日

伊豆の国市長 宛

申請者・口座名義人・承諾書の氏名は同一に

申請者 住 所 伊豆の国市四日町302-1

（保護者）氏 名 伊豆の国 太郎

電話番号 055-949-6820

印鑑必須
（浸透印でも可）

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	イズノクニ ハナコ	イズノクニ ジロウ		
	氏 名	伊豆の国 花子 （男・女）	伊豆の国 次郎 （男・女）	（男・女）	
	生年月日	平成23年9月7日生 （12歳 1か月）	令和4年4月5日生 （1歳 6か月）	年 月 日生 （ 歳 か月）	
接種状況	1回目	接種日	令和5年10月20日	令和5年10月20日	年 月 日
		接種費用	3,500 円	3,500 円	円
		医療機関名	〇〇クリニック	〇〇クリニック	
	2回目	接種日	年 月 日	令和5年11月26日	年 月 日
		接種費用	円	3,500 円	円
		医療機関名		〇〇クリニック	
助成申請額		3,000 円			
（申請者） 振込先保護	金融機関名	〇〇 銀行・農協 金庫・組合		〇〇 支店・営業部 店・出張所	
	預金種別	普通・当座	口座番号	〇〇〇〇〇〇	
	フリガナ	イズノクニ タロウ			
	口座名義人	伊豆の国 太郎			

助成申請額の金額訂正は✕
申請書兼請求書を書き直す

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

伊豆の国 太郎

（署名又は記名押印）

申請者本人の自書なら押印不要 本人以外の記名の場合は押印必須