

様式（第5条第1項関係）（用紙 日本産業規格A4縦型）

こ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
 電話番号

次のとおり、こ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		こ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)			
接種を受けたこども	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	
		接種費用	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		
	口座名義人(カナ)				

添付書類

- 医療機関が発行したこどもインフルエンザ予防接種の領収書
- 接種年月日及び接種ワクチンが確認できる書類（領収書で確認ができない場合に添付。母子健康手帳の写し等）
- 振込口座の通帳等の写し
- 対象者の住民票（続柄の記載があり、個人番号の記載のないもので、発行から3月以内のもの）の写し。ただし、次の事項について同意し、署名又は記名押印する場合は除く。

【同意書】

申請内容の確認に当たり、伊豆の国市が住民基本台帳を閲覧することに同意します。

申請者氏名

(署名又は記名押印)