こどもインフルエンザ予防接種費用助成 記載見本

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

令和〇年〇月〇日

伊豆の国市長 宛

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

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	イスノクニ ハナコ	イスノクニ 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	令和〇年〇月〇日生 (12歳 1か月)	令和〇年〇月〇日生 (1歳 6か月)	年 月 日生 (歳 か月)
1回	接種日	令和〇年〇月〇日	令和〇年〇月〇日	年 月 日
	接種費用	3,500 円	3,500 円	円
	接種場所	〇〇クリニック	〇〇クリニック	
	接種費用		1,500 円	
	接種場所		〇〇クリニック	
助成申請額		3,000 円		
申請者の振込先(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
	口座名義人(カナ)	イスノクニ タロウ		

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 ★伊豆の国 太郎 (署名又は記名押印)

R7年度から 押印不要
 ※ただし、署名ではない場合(PC入力した場合など)は、押印をするか、横に署名を記載する

申請者・口座名義人・同意書の3か所は、同じ保護者名を記入★

助成申請額の訂正は×
 申請書兼請求書を書き直す

(訂正がある場合)

申請額以外の、軽微な修正の場合・・・以下のいずれかの方法で訂正可

- (1) 訂正箇所に二重線を引き、署名により修正する (2) 訂正印により訂正する場合は、氏名の横にも同じ印を押す

例)

イスノクニ ハナコ
伊豆の国 花子
(男・女)
令和〇年〇月〇日生
(12 歳 1か月)

13 伊豆の国 太郎

例)

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 印
	電話番号	055-949-6820