

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 ⑩
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(振込先保護者)	金融機関名	銀行・農協 支店・営業部 金庫・組合 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)