

越前市妊婦小児インフルエンザワクチン接種費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

越前市長 殿

申請・請求者 住所

(保護者) 氏名 ㊟ (続柄:)

電話番号

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。

なお、この申請に係る審査等にあって必要となる住民情報の記録及び接種状況等について市長が関係機関に照会、台帳の閲覧などの調査確認することに同意します。

1 接種者

種類	インフルエンザワクチン（妊婦・小児）該当するものに○		
フリガナ			
氏名			
生年月日	年 月 日生	年 月 日生	年 月 日生

2 申請額 円

3 振込口座（希望する受取方法のチェック欄に『✓』を入れ、必要事項を記入してください）

ア（小児のみ）子ども医療費助成事業で指定した金融機関口座への振込みを希望

※振込先欄の記入、振込口座確認書類を添付は不要です

イ 指定の金融機関口座（申請・請求者の口座とします。）への振込みを希望

※下記振込先欄に記入し、振込口座確認書類を添付してください

振 込 先	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	(フリガナ) 口座名義人								
	口座 (左詰記入)	店番号			口座番号						

注)
申請書には、次の書類を添えて提出願います。

- ①接種者氏名、接種日、金額の分かる領収書（原本） ※領収書は返却しません
- ②接種が分かる書類の写し（母子健康手帳、医療機関が発行する接種済証明書等）
- ③振込口座の通帳の写し（銀行・支店名、口座番号、口座名義が分かるもの）
※③は、振込口座でイを選択した方のみ添付してください

接種者名簿

種類	インフルエンザワクチン（妊婦・小児）該当するものに○	
氏名	フリガナ	生年月日
		年 月 日生
		年 月 日生
		年 月 日生
		年 月 日生
		年 月 日生
		年 月 日生
		年 月 日生
		年 月 日生
		年 月 日生
		年 月 日生
		年 月 日生
		年 月 日生
		年 月 日生
		年 月 日生
		年 月 日生