

中間市子ども及び妊婦インフルエンザ予防接種費用助成事業 申請書兼請求書

申請日 令和 △ 年 △△ 月 △△ 日

中間市長 様

申請者（請求者） 住所 中間市中間一丁目1番1号

書類に不備があった際などに連絡をとるため、日中に連絡がとれる電話番号を記入してください。

氏名 中間 花子
電話番号 093-244-〇〇〇〇

中間

中間市子ども及び妊婦インフルエンザ予防接種費用助成事業実施要綱第5条の規定により、関係書類を添えて、次のとおりインフルエンザ予防接種費用の助成を申請します。また、支給決定後は、当該決定額を請求しますので、助成金振込先に振り込んでください。

シャチハタ等印鑑は使用しないでください。

対象者

氏名	フリガナ ナカマ タロウ	申請者との続柄	子		
	中間 太郎	生年月日及び年齢	昭和 平成 △△年 △月 △日 (〇〇 歳)		
住所※					
委任欄※	<input checked="" type="checkbox"/> インフルエンザ予防接種費用助成の申請及び請求の手續の権限を、申請者に委任します。				
同意欄	<input checked="" type="checkbox"/> 助成を受けるに当たり、中間市が住民基本台帳等により被接種者の住所等を確認すること及び医療機関に予防接種歴を問い合わせることに同意します。				
区分（該当する区分に○をつけてください）					
○ 小学生 ・ 中学生 ・ 高校生 ・ 妊婦					
接種日	令和 △△年 △△月 △△日	接種金額	3,500 円		
請求金額（接種金額と助成上限額のいずれか少ない金額）		2,000 円			
医療機関名	中間ホスピタル				

- 【注】 1 ※の欄は、対象者が申請者（請求者）と同一人の場合、
2 対象者が複数いる場合、2人目以降は、裏面に記入して
3 助成上限額は、小学生、中学生及び高校生は2,000円、妊婦は3,000円です。

申請者と振込先の口座名義人は同じ人にしてください。

助成金振込先

金融機関名	山田 銀行 信用金庫 農協	口座種別	普通 ・ 当座					
店名	中間 本店 支店 出張所	口座番号	×	×	×	×	×	×
		口座名義人	フリガナ ナカマ ハナコ 中間 花子					

（添付書類）

- 医療機関が発行した領収書で接種ワクチン名、予防接種費用、被接種者氏名及び接種日が記載されたもの
- 預金通帳の写しその他振込先の分かる書類
- 学生証の写し（高校生のみ）
- 母子健康手帳の写し（妊婦のみ）
- その他市長が必要と認める書類

※1 （1）の領収書に接種ワクチン名又は被接種者氏名の記載がない場合は、予防接種の記録が記載されているもの（母子健康手帳、予防接種済証等）を添付してください。

※2 対象者と振込先の口座名義人が異なる場合は、口座名義人が対象者の親権者であるときを除き、助成金の受領に関する委任状を別途添付してください。

対象者が複数いる場合、2人目以降は、裏面に記入してください。

受付後1か月程度を目安に振込先口座へ助成金を振込みます。