

## 新発田市インフルエンザ予防接種費用助成申請書

年 月 日

新発田市長 宛

〒

申請者住所	
申請者名	(印)
電話番号	

<p>新発田市インフルエンザ予防接種費用の助成を受けたいので、下記のとおり申請します。                  予防接種に係る費用を請求するにあたり、審査に必要な事項(住民基本台帳、医療機関の支払い内訳内容等)について、関係部署及び医療機関等に確認することを同意します。</p>			
被接種者人数	人	申請額	円 (詳細については裏面に記載)
振込指定金融機関		銀行・信金 労金・信組 農協・漁協 ゆうちょ銀行	本店  支店
口座種別	普通 ・ 当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			
委任の場合記入 (口座名義人が申請者以外の場合)	予防接種に係る費用助成を受けるにあたり、上記の口座名義人に受領を委任します。  申請者氏名: (印) (自署)		

注1 ①インフルエンザ予防接種の領収書(原本)、②接種を証明するもの(接種証明書、母子健康手帳の「予防接種の記録」欄のコピー)、診療明細書等を申請者分添付してください。

注2 裏面も記入ください。

注3 窓口においでの場合は、印鑑と口座番号がわかるものをご持参ください。

注4 下記の太枠欄は記入しないでください。

請 求 額	円	決 定 額	円
申 請 受 理 日	年 月 日	決 定 日	年 月 日

予防接種費用払戻し申請にかかる接種状況

医療機関等が発行する「領収書(原本)と接種証明書(接種者全員分)」を添付してください。

ワクチン種類	インフルエンザワクチン				
被接種者氏名	生年月日	接種実施日	接種医療機関名	接種費用	助成額
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
合 計		人分			円

※太枠内は記入しないでください

注意事項

- ① 申請書の記入漏れ
- ② 持ち物

領収書(原本)と接種証明書又は母子健康手帳の写し (接種者全員分)  
 印鑑、通帳