

記入例

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

原則、被接種者を申請者としてください。
被接種者がお子さんの場合は、保護者を申請者にしてください。

印押し忘れの確認

〒	
申請者住所	新発田市中央町
申請者名	新発田 太郎 印
電話番号	090-22-3101

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。

被接種者人数	3 人	申請額	4,650 円 (詳細については裏面に記載)
振込指定金融機関	新発田	銀行・信金 芳金・信組 農協・漁協 ゆうちょ銀行	新発田 本店 支店
口座種別	普通・当座	口座番号	3333333
フリガナ	シバタ タロウ		
口座名義人	新発田 太郎		
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)		

申請者と口座名義人が異なる場合は記入をお願いします。

注1 ①インフルエンザの「予防接種...
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	市が記入する		円
申請受理日	市が記入する		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
新発田 太郎	昭和36年2月12日	令和●年▲月 ■日	健康医院	4,000円	市 が 記 入 す る
新発田 道子	昭和40年1月24日	令和●年▲月 ■日	健康医院	4,000円	
新発田 花子	昭和17年3月3日	令和●年▲月 ■日	健康医院	1,650円	
		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		3人分		9,650円	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