

インフルエンザワクチン予防接種費用助成申請書

島 牧 村 長 様

令和

年

月

日

申請者 住 所 島牧郡島牧村字

氏 名

電話番号

島牧村インフルエンザワクチン予防接種費用助成事業実施要綱に基づき助成を受けたいので申請します。生活保護受給の有無等、支給決定に必要な事項について島牧村が関係機関へ照会することに同意します。

予防接種をした方の氏名・生年月日				接種回数		接 種 日			支 払 額		
氏 名				1 回目		年 月 日			円		
生年月日 年 月 日 (歳)				2 回目 (13歳未満)		年 月 日			円		
助 成 申 請 額				円							
島牧診療所以外の医療機関等で接種しなければならない理由 ※いずれかの () に○を付けてください () 通院中のかかりつけ医のため () 医療機関に入院中のため () 施設入所中のため () その他(詳細を【】内に記入してください)【】											
交付決定された助成金額については、下記口座に振り込んでください。											
金融機関名		銀行 本店 信用金庫 支店 漁 組 出張所									
種 別	☐ 普通	口座 番号									右詰めで記入
	☐ 当座										
(フリガナ)											
口座名義人											

<注意事項>

- 1 申請者と予防接種を受けた方とは同一人としてください。
ただし、予防接種を受けた方が未成年の時は保護者が申請者としてください。
- 2 振込口座は予防接種を受けた方、又は保護者の方の金融機関口座としてください。
- 3 申請時に次に掲げる事項を記載した領収書（領収印があるもの）を添付してください。
予防接種名、予防接種を受けた方の氏名、医療機関名、予防接種日、接種にかかった金額
（申請時に提出された領収書はお返しできません）
- 4 接種した月の翌月10日までに福祉課保健指導係に申請してください。
- 5 不明な点については、福祉課保健指導係（TEL：0136-75-6001）にお問い合わせください。
- 6 押印は不要、代筆・PC入力も可能です。

※以下は記入しないでください。

処理欄	受付年月日	年 月 日	助成額	円
	決定年月日	年 月 日		