

小千谷市妊婦・子どもインフルエンザ予防接種費用助成金交付申請書

令和 年 月 日

小千谷市長あて

次のとおりインフルエンザ予防接種を受けましたので、関係書類を添えて接種費用の助成を申請します。なお、交付要件確認のため必要な場合は、住民基本台帳を閲覧すること及び接種医療機関に問い合わせることに同意します。

1 「申請する方」について記入してください。

※申請できるのは、接種を受けた方又はその保護者に限ります。

申請者	フリガナ		接種を受けた方との続柄	
	氏名		(日中に連絡できる)電話番号	— —
	住所	〒 小千谷市		

2 「接種を受けた方」について記入してください。

被接種者	フリガナ		生年月日	
	氏名	☐ 申請者と同じ		年 月 日
	現住所	☐ 申請者と同じ		

3 接種状況についてチェック・記入してください。

接種年月日	1回目	年 月 日	2回目 (児童のみ)	年 月 日
接種費用		円		円
接種医療機関	名称			
	住所			
※複数の医療機関で接種した場合、下記に名称・住所・TELを記載				

4 「助成申請金額」を記入してください。

円 ※接種1回につき1,000円、経鼻弱毒生インフルエンザワクチンを接種した場合は2,000円が上限額です。

5 「振込先口座」を記入してください。(口座番号等が確認できるコピーも添付してください。)

銀行 信金 その他	本店 支店 出張所	口座種別 (いずれかに○)	普通	・	当座
口座名義人(カタカナで記入)		口座番号 (左づめ)			

申請する方と口座名義人が異なる場合、下欄にも記入・押印をお願いします。

委任状	私は、次の者に接種費用の受領に関する一切の権限を委任します。				
	受任者 (口座名義人)	住所 氏名	委任者 (申請する方)	住所 氏名	

※申請者本人が自署した場合、押印は不要です。自署できない場合は、必ず押印してください。

<添付書類>

- ☐小千谷市妊婦・子どもインフルエンザ予防接種済証(様式第2号)又は母子健康手帳の写し
☐医療機関で接種費用を支払ったことを証する書類

以下の欄は記入しないでください。

小イ第 号	確認事項	☐ 接種済み証明書	☐ 領収書(原本)	☐ 本人確認書類	☐ 振込先金融機関(写)
交付決定:令和 年 月 日	課長	課長補佐	係長	係員	担当
次の通り決定します。					電子公印
助成額	円				