

神崎市子どものインフルエンザ予防接種費用助成申請書兼請求書

年 月 日

神崎市長 様

申請(請求)者 住所

氏名 ㊟(続柄)

電話番号

子どものインフルエンザワクチンの予防接種に係る助成を受けたいので、神崎市子どものインフルエンザ予防接種費用助成事業実施要綱第7条第2項の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請（請求）します。なお、償還払い該当確認のため、住民基本台帳を確認することについて承諾します。

1 被接種者および接種情報

接種者氏名		生年月日	接種医療機関名	接種年月日	窓口負担額	支給決定額 ※市記載欄		
1	姓	年 月 日 (歳 か月)		1 回目 (注射・経鼻)				
	R 年 月 日							
				2 回目 (13 歳未満注射)				
				R 年 月 日				
2	姓	年 月 日 (歳 か月)		1 回目 (注射・経鼻)				
	R 年 月 日							
				2 回目 (13 歳未満注射)				
				R 年 月 日				
3	姓	年 月 日 (歳 か月)		1 回目 (注射・経鼻)				
	R 年 月 日							
				2 回目 (13 歳未満注射)				
				R 年 月 日				
4	姓	年 月 日 (歳 か月)		1 回目 (注射・経鼻)				
	R 年 月 日							
				2 回目 (13 歳未満注射)				
				R 年 月 日				
※ 支 給 決 定 額 合 計						円		

2 振込先口座情報

振込先	金融機関名				本店・支店
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号		
	フリガナ				
	口座名義人 (申請者)				

※添付書類：領収書原本、接種が証明できる書類の写し（母子健康手帳等）、振込先口座の写し