

見附市子どもインフルエンザ予防接種助成金（償還払）申請書兼請求書

年 月 日

（宛先）見附市長

申請者（保護者）

住 所

氏 名

㊟

電話番号

下記のとおり子どものインフルエンザ予防接種を受けましたので、接種費用の助成を申請します。

※申請内容の確認に当たり、見附市が住民基本台帳を閲覧すること及び確認等が必要な場合は接種医療機関に問い合わせることに同意します。

予防接種の種類		子どもインフルエンザワクチン (1回につき1,000円助成、上限2回)		
子どもの氏名 (接種を受ける 被接種者)	住 所	見附市		
	電 話 番 号			
	ふりがな			
	氏 名			
	生年月日	年 月 日生 ( 歳 か月)		
接種状況	医療機関	住 所		
		名 称		
	接 種 日	1回目	年 月 日	
		2回目	年 月 日	
	接 種 費 用	1回目	円	
		2回目	円	
助成申請額		円		
申請者(保護者)の 振込先	金融機関名	銀行・組合・金庫・農協 店・支店		
	預金種別	普通・当座	口座番号	
	ふりがな			
	口座名義人			

助成決定額	※この欄は記入しないでください。 円
-------	-----------------------

添付書類

振込口座の通帳の写し

予防接種の内容が確認できる医療機関発行の領収書