

令和 年 月 日

小児インフルエンザ予防接種費用助成申請書

東根市長 様

申請者（保護者） 住 所
氏 名
電話番号

次のとおり東根市小児インフルエンザ予防接種費用の助成を申請します。

ふりがな 対象児氏名	生年月日 年 月 日 年 齢 (歳)
---------------	-----------------------------------

1 回 目	医療機関名： 電話番号：		
	住所：		
	接種日（ 年 月 日）	接種費用の額	
	ワクチン の種類	☐ 不活化ワクチン ☐ 経鼻弱毒生ワクチン	円
2 回 目	医療機関名： 電話番号：		
	住所：		
	接種日（ 年 月 日）	接種費用の額	
	ワクチン の種類	☐ 不活化ワクチン ☐ 経鼻弱毒生ワクチン	円
医療機関に支払った合計金額			① 円
助 成 額	☐ 不活化ワクチン 1回あたり 円	回数	②金額
単 価	☐ 経鼻弱毒生ワクチン 円		円
支 給 額	①と②金額の低いほうの額		円

<振込先>

金 融 機 関 名	支店	口座種別
フリガナ	口座番号	
口座名義人		

<添付書類>①医療機関が発行した予防接種費用の額がわかる領収書②予防接種の接種年月日が確認できる書類（母子健康手帳の写し）③振込先通帳の写し