

第3号様式（第8条関係）

令和 年 月 日

妊婦・子どもインフルエンザ予防接種費助成金交付申請書兼請求書（償還払用）

（宛先）清須市長 様

清須市妊婦・子どもインフルエンザ接種費助成に関する要綱第8条第3項の規定により、次のとおり申請します。

なお、助成金の受給資格確認に当たり、住民基本台帳の確認を行うこと及び医療機関に対する確認を行うことに同意します。

申請者（保護者） 住所
（口座名義人と同一）氏名
（自署の場合、押印不要）
電話番号（ — — ）

住所	清須市		
フリガナ			
接種者氏名			
生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
申請時の年齢	歳 か月	歳 か月	歳 か月
接種回数	※申請される分だけ、記入してください。		
1 回 目	接種日	年 月 日	年 月 日
	種 類	☐ インフルエンザHAワクチン ☐ 経鼻弱毒生インフルエンザワクチン	☐ インフルエンザHAワクチン ☐ 経鼻弱毒生インフルエンザワクチン
	医療機関名		
2 回 目	接種日	年 月 日	年 月 日
	医療機関名		
請求金額	円	円	円
合計金額	金 円		

金融機関	銀行 信用金庫 農協			本店 支店 出張所
	口座 種類	普通 ・ 当座	口座番号	
			フリガナ	
			口座名義	

※ 添付書類

- (1) 予防接種を受けたことを証明する書類
- (2) 予防接種に係る費用を支払ったことを証明する書類（氏名、接種年月日、予防接種名、接種費用額及び医療機関名の記載があるものに限る。）