



胎内市インフルエンザワクチン接種費用助成金申請書兼請求書

年 月 日

(あて先) 胎内市長

申請者 住所 胎内市  
(保護者) 氏名  
電話番号

印

インフルエンザワクチン接種費用の助成を受けたいので、胎内市単独によるインフルエンザワクチン接種費用助成事業実施要綱の規定に基づき、次のとおり申請します。

接種希望者 氏名		世帯主	
生年月日	年 月 日		
住所(※)			
胎内市インフルエンザワクチン接種費用助成額の請求及び受領の権限を、私の接種を実施した医療機関に委任いたします。(保護者の方が代理で署名してください。)			
氏名 (保護者) _____			

(※) 申請者と接種希望者が同一住所の場合は、※印欄の記載は不要です。

○接種医療機関記入欄

医療機関

接種医師名

印

接種日

年 月 日

○胎内市外で接種した方については、後日、口座振り込みとなります。

振込み先をご記入のうえ申請窓口をお願いいたします。

(接種1回に1,000円助成します。市内医療機関で接種の方は記入不要)

請求額 円

金融機関	銀行 信組	本店・支店 本所・支所 出張所	預金種目	口座番号				
	信金 農協 労金 漁協		1 普通					
(フリガナ) 口座名義人								
	2 当座							

※申請者と口座の名義が異なる場合にお書きください。

私は、助成金の受領に関する権限を次の方に委任します。

氏名 \_\_\_\_\_ (口座名義人の氏名を記入してください。)