

胎内市妊婦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
氏名

印

(自署の場合は、押印の省略可)

電話番号

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、胎内市妊婦インフルエンザワクチン接種費用助成事業実施要綱第6条の規定に基づき、次のとおり申請・請求します。

なお、市が公簿により受給資格の確認を行うことに同意します。

申請・請求額 円

○助成金の振込先

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

<添付書類>

- インフルエンザ予防接種の領収書（原本）
- 振込先口座の通帳の写し

<申請窓口提示書類>

- インフルエンザ予防接種をしたことが分かる書類
- 母子健康手帳

※以下は、受領の権限を委任する場合（申請者と振込先口座名義が異なる場合）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者に委任します。

氏名 (口座名義人の氏名を記入してください。)

申請者氏名 印