

妊婦・乳幼児等インフルエンザ予防接種費用助成金申請書兼請求書

年 月 日

東広島市長 様

申請者氏名 _____ 印

東広島市妊婦・乳幼児等インフルエンザ予防接種費用助成実施要綱第6条の規定により、関係書類を添えて申請します。

また、助成金の交付審査に関する世帯の確認及び当該接種に係る医療機関への照会について同意します。

請求額 _____ 円 (2000円×計 _____ 回分)

申請者	ふりがな		生年月日	年 月 日	
	氏名				
	住所				
	電話番号	(_____) _____			
被接種者	ふりがな		生年月日	年 月 日	2,000円× 回分
	氏名				
	ふりがな		生年月日	年 月 日	2,000円× 回分
	氏名				
	ふりがな		生年月日	年 月 日	2,000円× 回分
	氏名				
	ふりがな		生年月日	年 月 日	2,000円× 回分
氏名					

【振込先】

	銀行・金庫 農協・組合	支店・本店 支所・出張所	預金種別	普通・当座
口座番号		口座名義人※	ふりがな	

※振込先の口座名義人が申請者以外の者である場合は、下欄に記入してください。

この申請に係る助成金の受領に関する権限を次の者に委任します。

受任者氏名

申請者との続柄 (_____)

【添付書類】

- 助成券
- 領収証 (接種者名、接種日、接種費用、医療機関名、インフルエンザワクチンを接種した旨の記載があるもの)
- ※ (領収証に必要項目の記載がない場合) 予診票の写しまたは母子健康手帳の写し