

別記様記入例②

接種料金が安かった・会社からの助成と併用した等で、自己負担額が2,000円以下だった場合

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

請求額を書き間違えた場合は、別の用紙に書き直してください (取り直し・訂正印不可)

押印
シャチハタ不可

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。

接種者が子どもの場合は保護者

請求額 1500 円 (~~2000円~~ × 計 回分)
1500円

申請者	ふりがな			年 月 日
	氏名			年 月 日
	住所			
	電話番号	()		
被接種者	ふりがな	生年月日	年 月 日	1500円 × 回分 2,000円 × 回分 印
	氏名	生年月日	年 月 日	2,000円 × 回分
	ふりがな	生年月日	年 月 日	2,000円 × 回分
	氏名	生年月日	年 月 日	2,000円 × 回分
	ふりがな	生年月日	年 月 日	2,000円 × 回分

(例)「自己負担額が1,500円だった」
→自己負担額が2,000円以下の場合、請求書の「2000円」を線で消して支払った金額を追記 (訂正印必要)

家族で自己負担額が異なるときは、料金ごとにまとめて、別途請求書を提出

【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方である場合は、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 ()	

申請者以外の口座に振り込むときは、こちらにも記入

【添付書類】

接種回数分を切り取って受け取る

- 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