

子どものインフルエンザ予防接種費用償還払い申請書

大石田町長 あて

(申請者)
住所
氏名
接種者との続柄 (父 ・ 母)
電話番号
※申請できるのは被接種者の保護者に限ります。

大石田町子どものインフルエンザ予防接種費用助成事業実施要綱第7条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

被 接 種 者	フリガナ			生年 月日	H・R 年 月 日	
	氏 名					
	現 住 所	☐ 申請者と同じ	大石田町			
回 数	医療機関名		接種時年齢	接種費用	申請額 ※ ¹	
	接種日					
1 回目			歳 カ月	円	円	
	R 年 月 日					
※ ² 2 回目			歳 カ月	円	円	
	R 年 月 日					
※ ² 2 回目は接種日において 生後6カ月以上13歳未満の方のみ			申請金額 合計 円			

※¹ 不活化ワクチン：上限1,900円/回、経鼻弱毒生ワクチン：上限3,800円/回

振込先 (※申請者または被接種者名義の口座を記入してください)

振 込 先 口 座	金 融 機 関 名	銀行 信用金庫 農協	本店 支店 支所
	預 金 種 別	普通 ・ 当座	
	口 座 番 号		
	フリガナ		
	口 座 名 義 人		

【提出書類】

- ☐接種費用の支払いを証明する書類 (領収書または診療明細書) ※原本に限ります。
- ☐接種歴が確認できる書類 (母子健康手帳または接種済証)
- ☐振込希望先金融機関の通帳又はキャッシュカードのコピー ※申請者または被接種者名義