

様式第4号（第6条関係）

野洲市子ども及び妊婦のインフルエンザ予防接種費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

野洲市長 様

〒
 申請者〔保護者〕 住所 _____
 氏名 _____ ㊟
 被接種者との続柄 _____
 電話 _____

接種対象者について、助成金の償還払いを受けたいので、関係書類を添えて申請および請求します。
 また、申請に係る審査に必要があるときは、接種対象者が野洲市に住民登録があることについて確認することを承諾します。

なお、償還払いは下記の指定振込口座へ振り込み願います。

ふりがな		生年月日	年 月 日生
接種対象者氏名			歳
接種対象者住所	〒 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
接種ワクチン	インフルエンザワクチン		
接種日	①令和 年 月 日 ・ ②令和 年 月 日		
接種した医療機関	名称		
	所在地		

助成金額（請求額）	住民の有無 ※	支給決定額 ※
円	有 ・ 無	円

※市記入欄

指定振込口座	金融機関名	銀行 信金 信組 農協	店 支店 支所 出張所
	口座種別	普通・当座	口座番号
	口座名義	(ふりがな)	

（添付書類）

- ① 医療機関発行の領収書（原本）（被接種者名、予防接種名、接種費用、接種日のすべてわかるもの）
- ② 振込先口座がわかるものの写し
- ③ （妊婦の場合）母子健康手帳の写し