

インフルエンザに係る予防接種費助成申請書

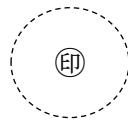
令和 年 月 日

(あて先) 成田市長

申請者 住 所  
(保護者) 氏 名 ⑩  
電話番号

インフルエンザの予防接種に係る自己負担額の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

被 接 種 者	フリガナ		生 年 月 日	年 月 日	
	氏 名				
	任 意 接 種	1. 生後6ヶ月から中学3年生まで 2. 妊婦 (母子健康手帳交付者)			
	予 防 接 種 を 受 け た 年 月 日	1回目	令和 年 月 日		
		2回目	令和 年 月 日		
助 成 申 請 額	1回目	円	予 防 接 種 に 要 し た 費 用	1回目	円
	2回目	円		2回目	円
振 込 先 口 座	金 融 機 関 名	銀行 本店 信用金庫 支店 農協 支所			
	預 金 種 別	普通 ・ 当座			
	口 座 番 号				
	フリガナ				
	口 座 名 義 人				



申請書の審査のため、住民基本台帳等を確認することについて承諾します。

承諾者氏名 (自署) \_\_\_\_\_ ⑩

- 必要書類：
1. インフルエンザに係る予防接種費助成申請書 (本申請書)
  2. 医療機関発行の領収書と明細書の原本  
(氏名・医療機関名・接種日・予防接種の種類・金額が確認できるもの)
  3. 認め印および本人確認ができるもの
  4. 振込先の口座が確認できるもの (通帳またはキャッシュカードのコピー)
  5. 母子健康手帳 (妊婦の方)