

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
電話番号

印

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
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				

印

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) _____ 印

確 認 欄	接種を受けた 医療機関の所在地	☐ 成田市外 ☐ 成田市内(医療機関名: _____)
	会社等の他機関での 費用助成の有無	☐ 助成を受けていない ☐ 助成を受けている(予定を含む) 助成額: _____ 円
	領収書・明細書の 原本について	☐ 返却を希望しない ☐ 返却を希望する