

小郡市インフルエンザワクチン任意接種費償還払い申請書

小郡市長 殿

申請者 住 所 小郡市
氏 名
電話番号

㊟

小郡市インフルエンザワクチン任意接種費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。

記

被接種者氏名	生年月日	接種医療機関名	接種年月日	申請額
	昭和・平成・令和 年 月 日		1回目： 年 月 日 2回目： 年 月 日	円 ※1回につき 1,500円を上限と して助成。 初回接種時年齢が 13歳未満の者のみ 2回分申請可
	昭和・平成・令和 年 月 日		1回目： 年 月 日 2回目： 年 月 日	
	昭和・平成・令和 年 月 日		1回目： 年 月 日 2回目： 年 月 日	
	昭和・平成・令和 年 月 日		1回目： 年 月 日 2回目： 年 月 日	

※ この申請書の裏面に、医療機関発行の予防接種領収書の写しを添付してください。

口座振込依頼欄	
金融機関	銀行 ・ 信用組合 ・ 農協
支店名	本店 ・ 支店 ・ 出張所
口座番号	普通 ・ 当座 ・ 貯蓄
(フリガナ)	
口座名義人	
* 申請者と口座振込名義人が異なる場合は次も記入してください。	
私は、市より支払いを受けるインフルエンザワクチン任意接種に係る助成金の受領に関して、 上記の口座に振り込むことを承諾いたします。 氏名 _____ ㊟	

市記入欄

起案 年 月 日
 決裁 年 月 日
 起案者 _____ ㊟

決 裁	課 長	課 長 補 佐	係 長	係

小郡市インフルエンザワクチン任意接種費助成事業実施要綱の規定により、次のとおり決定してよろしいか伺います。

可 否	決定 ・ 却下	助成金額	円
-----	---------	------	---