

記入例

記入日を記載

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 小郡市二森〇〇-〇
氏名 小郡 太郎
電話番号 〇九〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

小郡

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

印鑑を忘れずに押してください。
日中連絡がとれる電話番号を記入してください。

被接種者氏名	生年月日 (初回接種時年齢)	接種医療機関名	接種年月日	申請額
小郡 太郎	昭和・平成・令和 54年 8月 5日	〇〇医院	1回目: R2年10月15日 2回目: 年 月 日	4,500円
小郡 花子	昭和・平成・令和 元年 9月 3日	〇〇医院	1回目: R2年10月15日 2回目: R2年11月1日	※1回につき 1,500円を上限と して助成。
	昭和・平成・令和		1回目: 年 月 日 2回目: 年 月 日	初回接種時年齢が 13歳未満の者のみ 2回分申請可
			1回目: 年 月 日 2回目: 年 月 日	

申請書1枚につき4人まで同時に申請できます。
(振込先は同じです)

※ 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	
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 小郡 太郎	

通帳を確認の上
ご記入ください

「申請者」と「口座振り込み名義人」
が異なる場合は記入してください。
同一の場合は記入不要です

小郡

市記入欄

記入しないでください

起案 年 月 日
決裁 年 月 日
起案者

決	課長	課長	係	係
	補			

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、次記の通り決定してよろ
しいか伺います。

可否	決定・却下	助成金額	円
----	-------	------	---