

様式第 1 号 (第 10 条関係)

インフルエンザ予防接種助成金交付申請書兼請求書

令和 年 月 日

古河市長 宛て

申請 (請求) 者 (住所) 〒 -

古河市

(氏名) 印

※自署又は記名押印

(電話番号)

古河市インフルエンザ予防接種実施要綱の規定に基づき、次のとおり申請 (請求) します。

1 申請 (請求) 額 _____ 円

2 申請 (請求) 内訳

接種者氏名	生年月日	申請理由	金額 (円)
	大・昭 年 月 日 (歳)	生活保護世帯以外の接種対象者 生活保護世帯の接種対象者	
	大・昭 年 月 日 (歳)	生活保護世帯以外の接種対象者 生活保護世帯の接種対象者	
	大・昭 年 月 日 (歳)	生活保護世帯以外の接種対象者 生活保護世帯の接種対象者	
	大・昭 年 月 日 (歳)	生活保護世帯以外の接種対象者 生活保護世帯の接種対象者	

3 添付書類

- (1) 医療機関が発行した領収書 (接種ワクチン名及び接種対象者氏名が記載されたもの)
- (2) 予診票又は接種済証等の接種記録が分かるものの写し
- (3) その他市長が必要と認める書類

4 振込先

金融機関名	銀行・信用金庫・信用組合・農協		支店・出張所・支所
預金種別	普通 ・ 当座	口座番号	
フリガナ 口座名義			