

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） ⑩

※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 | | | |