

インフルエンザ予防接種助成金交付申請書兼請求書

令和〇年12月1日

古河市長 宛て

申請（請求）者 （住所）〒306-0xxx

古河市 □□□□□

（氏名）〇〇〇〇 印

※自署又は記名押印

（電話番号）090-xxxx-xxxx

自署の場合
は押印不要

申請（請求）額は、
下表内訳額の合計

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 4,000 円

2 申請（請求）内訳

接種者氏名	生年月日	申請理由	金額（円）
〇〇〇〇	大・昭 29年7月〇日 (69歳)	生活保護世帯以外の接種対象者	2,000
〇〇△△	大・昭 30年9月〇日 (68歳)	生活保護世帯以外の接種対象者	2,000
	大・昭 年 月 日 (歳)	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	
	大・昭 年 月 日 (歳)	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		〇△ 支店・出張所・支所
預金種別	普通・当座	口座番号	xxxxxxxxxx
フリガナ	〇〇 〇〇		
口座名義	〇〇 〇〇		

口座名義は、上記の申請（請求）者と同じ