

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 3 年 12 月 1 日

古河市長 宛て

申請 (請求) 者 (住所) 〒 306 - 0××××
古河市 □□□□□
(氏名) ○○ ○○

自署の場合
は押印不要

申請 (請求) 額は、
下表内訳額の合計

※自署又は記名押印
(電話番号) 090-×××××-×××××

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)
○○ ○○	大・昭 29 年 7 月 ○ 日 (67 歳)	生活保護世帯以外の接種対象者	2,000
○○ △△	大・昭 30 年 9 月 ○日 (66 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	○△ 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	○○ ○○	

口座名義は、上記の申請 (請求) 者と同じ