

様式第1号（第11条関係）

小児用インフルエンザ予防接種助成金交付申請書兼請求書

古河市長 宛て

令和 3 年 12 月 1 日

自署の場合
合は押印

申請（請求）者（住所）〒306 - 0××××

古河市 □□□□□

（氏名） ○○ ○○ 印

（自署又は記名押印）

（接種者との続柄） 母

（電話番号） 090-××××-××××

申請（請求）額は、
下表内訳額の合計

古河市小児用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 3,000 円

2 申請（請求）内訳

接種者氏名	生年月日	申請理由	金額（円）
○○ ◇◇	H23年 7 月 ○ 日 (10 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	2,000
○○ △△	H19年 12 月 ○ 日 (14 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	1,000
	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	
	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) 予診票又は母子健康手帳（予防接種記録欄）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
ふりがな	○○○ ○○○	××××××××
口座名義	○○ ○○	

口座名義は、上記の申請（請求）者と同じ