

年 月 日

市川三郷町長

申請者

住 所

氏 名

印

電話番号

(日中連絡先)

市川三郷町インフルエンザ予防接種費用助成金申請書兼請求書

次のとおりインフルエンザ予防接種を受けましたので、市川三郷町インフルエンザ予防接種費用助成事業実施要綱第6条の規定に基づき、助成金の交付を申請（請求）します。

申請（請求）金額 \_\_\_\_\_ 円

接種医療機関 \_\_\_\_\_

接種対象者

氏 名	生年月日	接種時の年齢	接 種 日	備 考
		歳    ヶ月	年   月   日	
		歳    ヶ月	年   月   日	

【裏面に続く】

裏面

振込先

金融機関名	銀行 信金 組合 農協		本店・支店 支所・出張所
預金種別	普通・当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			

※障がい者の方のみ □市川三郷町重度心身障害者医療費助成金利用口座への振込みを依頼します。

<注意事項>

1 申請期限：令和3年3月10日まで

2 添付書類

インフルエンザ予防接種を受けたことがわかる領収書（原本）

インフルエンザワクチン予防接種費用助成券

母子健康手帳の写し

障がい者の方は、市川三郷町重度心身障害者医療費助成金受給資格者証

通帳等の写し（障がい者の方は不要）

※障がい者の方で医療費助成金利用口座を指定する場合は、『振込先』欄の記入は不要

領収書を紛失された方

受診された医療機関で下記の『医療機関証明欄』を記入してもらい申請して下さい。

<p><b>【医療機関証明欄】</b></p> <p>インフルエンザワクチンを接種したことを証明する。</p> <p>接種日： 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>接種費用： ¥ _____</p> <p>医療機関名： _____ 印</p>
---