

季節性インフルエンザ任意予防接種費用助成申請書

年 月 日

魚沼市長 様

申請者(接種者等)

住 所

氏 名(印)

(被接種者との続柄))

電話番号 - -

次のとおり季節性インフルエンザ任意予防接種を受けましたので、魚沼市季節性インフルエンザ任意予防接種費用助成実施要綱第9条の規定に基づき、助成金の交付を申請します。

なお、助成を受けるにあたり必要があるときは、魚沼市が住民基本台帳の閲覧や医療機関へ確認を行うことに同意します。

交付申請額		円	
被 接 種 者	住 所	魚沼市	
	フリガナ		
	氏 名	(男・女)	
	生 年 月 日	昭和 平成	年 月 日生 (歳)
予防接種の種類		医療機関に支払った費用	助成額
季節性インフルエンザ		円	1,000円又は医療機関に支払った額のいずれか少ない額
振 込 先	金融機関名	銀行・組合 本店 農協・金庫 支店	
	預 金 種 別	普通・当座	口座番号
	フリガナ		
	口座名義人 (申請者)		

【添付書類】領収書、接種内容が確認できる書類(診療明細書等)、振込先の通帳等写し

※以下の欄は記入しないでください。(市使用欄)

次のとおり決定します。	課長	係長	担当	伺 . . .
助成決定額	円			