

上峰町子どものインフルエンザ予防接種償還払申請書

年 月 日

上峰町長 様

申請者 住 所
氏 名
(被接種者との続柄)
電話番号

上峰町子どものインフルエンザ予防接種実施要綱第 6 条の規定により、インフルエンザ予防接種費助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。
この申請内容について、公簿と照合すること及び医療機関等へ確認することに同意します。

氏 名		生年月日	接種年月日	医療機関 (市町名)	接種方法	費用負担額	助成金額 (記入不要)
1	姓	年 月 日 (歳)	年 月 日	()	☐ 皮下 ☐ 経 鼻	円	円
	名						
2	姓	年 月 日 (歳)	年 月 日	()	☐ 皮下 ☐ 経 鼻	円	円
	名						
3	姓	年 月 日 (歳)	年 月 日	()	☐ 皮下 ☐ 経 鼻	円	円
	名						
4	姓	年 月 日 (歳)	年 月 日	()	☐ 皮下 ☐ 経 鼻	円	円
	名						
5	姓	年 月 日 (歳)	年 月 日	()	☐ 皮下 ☐ 経 鼻	円	円
	名						
6	姓	年 月 日 (歳)	年 月 日	()	☐ 皮下 ☐ 経 鼻	円	円
	名						
計						円	円

(注1) 添付書類 ①接種した医療機関等の領収書の原本
②予防接種の記録が記載されているもの（母子健康手帳、予防接種済証等）
(注2) 助成金額 助成金額とインフルエンザ予防接種費のいずれか低い方の額
(注3) 申請期間 当該年度の3月末まで