

様式第1号(第6条関係)

国東市妊婦季節性インフルエンザ予防接種助成金交付申請及び請求書

年 月 日

国 東 市 長 様

(申請者) 住 所 国東市

氏 名

印

国東市妊婦季節性インフルエンザ予防接種費助成要綱に基づき、必要書類を添付し、申請及び請求します。助成金は下記の口座に振り込んでください。

※ 申請内容の確認にあたり、国東市長が住民基本台帳等を閲覧すること、また、確認が必要な場合は、医療機関に問い合わせることに同意します。

予 防 接 種 費 用 円 (助成額 上限 2, 5 0 0 円)

請 求 合 計 金 額 円

■被接種者■

| | |
|------|-------|
| ふりがな | |
| 氏 名 | |
| 住 所* | 国東市 |
| 生年月日 | 年 月 日 |
| 電話番号 | |

※住所は申請者と住所が異なる場合に記入

■振込先口座■

| | | | |
|-------|--|-------|--|
| 金融機関名 | | 支 店 名 | |
| 貯金種別 | | 口座番号 | |
| ふりがな | | | |
| 口座名義人 | | | |

※申請及び請求期限は予防接種を受けた日から、1年以内に行ってください。

備考)

- 1 必要書類：インフルエンザ予防接種領収書、母子手帳の写し、振込口座通帳の写し
- 2 生活保護世帯の方へは、予防接種費用の全額を助成します。