

国東市乳幼児等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

令和〇年〇月〇日

国 東 市 長 様

窓口に申請に来た保護者の
【住所】【氏名】を記入し
てください。

(申請者) 住所 国東市国東町鶴川149番地

氏名 国東 太郎



電話番号 0978-72-5189

国東市乳幼児季節性インフルエンザ予防接種費助成要綱に基づき、予防接種に要した

- ・13歳未満で年度内に2回接種した場合
- ・1回あたりの予防接種費用が助成金額2,500円を上回った場合

(例) 5,000 円

(内訳)

年齢区分	助成限度額 (1回につき)	接種回数		計
		1回目	2回目	
不活化ワクチン(13歳未満)	2,500円	○	○	(例) 5,000 円
不活化ワクチン(13歳以上)	2,500円			円
生ワクチン	5,000円			円

※ 助成回数は、不活化ワクチンの場合、13歳未満2回、13歳以上は1回（但し、13歳に至った最初の年度は2回）、生ワクチンの場合、1回

※ 請求する予防接種の回数に○をつけてください。インフルエンザを接種したお子様の
※ 請求金額は接種に要した費用と助成限度額【氏名】【生年月日】を記入してください。

■被接種者■

ふりがな	くにさき はなこ
氏 名	国 東 花 子
住 所	国東市
生年月日	〇〇年〇〇月〇〇日

申請者（保護者）の助成金振込先口座情報を記載してください。

国東市に口座登録がない場合は、別途「口座振り込み依頼書」に記入していただきます。

※口座登録には印鑑（認印）が必要です。

■振込先口座■

金融機関名	〇〇銀行	支店名	〇〇支店
貯金種別	(例) 普通	口座番号	〇〇〇〇〇〇〇〇
ふりがな	くにさき たろう		
口座名義人	国 東 太 郎		

不明な箇所は空欄にしておいてください。

※申請及び請求期限は予防接種を受けた

不明な箇所は空欄にしておいてください。
窓目で職員が確認します。