

様式第2号(第5条関係)

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

年 月 日

国 東 市 長 様

(申請者) 住所

氏名 印

電話番号

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、予防接種に要した費用の領収書を添付し、申請及び請求します。

請求金額 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			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

※ 請求金額は接種に要した費用と助成限度額のどちらか少ない方を記入してください。

■被接種者■

ふりがな	
氏 名	
住 所	国東市
生年月日	年 月 日

■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年以内におこなってください。