

様式第3号（第8条関係）

年 月 日

小城市長 様

申請者住所

氏名

㊞ 続柄（ ）

電話番号

こどものインフルエンザ予防接種費用助成申請書兼請求書

こどものインフルエンザ予防接種に係る費用の助成について、下記の通り申請及び請求します。

また、この申請にあたり、小城市が保有する情報について調査及び実施医療機関へ確認することに同意します。

記

接種者名		生年月日	年 月 日	接種回数	☐ 1回 ☐ 2回 ☐ 経鼻
接種者名		生年月日	年 月 日	接種回数	☐ 1回 ☐ 2回 ☐ 経鼻
接種者名		生年月日	年 月 日	接種回数	☐ 1回 ☐ 2回 ☐ 経鼻
住 所	☐ 申請者と同じ				
助成申請額		円			

(振込先)

金融機関	銀行・金庫・組合・農協		本店・支店・本所・支所	
口座番号			口座種別	当座 ・ 普通
フリガナ				
口座名義人				

【添付書類】①領収書 ②振込口座の通帳等の写し ③接種済証明（母子健康手帳または接種済証の写し）

※申請者と口座名義人が異なる場合は、下欄の委任に署名が必要になります。

私は、上記口座名義人にこどものインフルエンザ予防接種費用助成金の受取を委任いたします。

年 月 日 氏名