様式第１号(第５条関係)

喜多方市インフルエンザ任意予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

令和　　年　　月　　日

喜多方市長　遠藤 忠一　様

申請者（請求者）
住　所

氏　名　　印
（連絡先　　）

予防接種費用助成金を交付されるよう申請(請求）します。
受領する助成金は、

□ 児童手当登録口座　へ振込みください。なお、登録口座情報を保有する所管課から情報の提供を受け、助成金交付のため利用することに同意します。

□ 下記指定口座　へ振込みください。

□ 現金受取り　を希望します。

被接種者氏名			
生年月日	（満　　歳　　カ月）		
保護者氏名		続柄	
接種日	令和　　年　　月　　日		
予防接種名及び回数	任意インフルエンザ　① 不活化ワクチン接種　　回 ② 経鼻生ワクチン（フルミスト）　１回		
接種医療機関	名　称		
助成金請求額	円　※記入しないでください		
振込先　※指定口座へ振込み希望の方（口座名義は請求者本人のものに限ります。）			
金融機関名	銀行・金庫　　支店		
口座番号	普通　当座		
ふりがな			
名義人			

※　保護者氏名欄の記入は、被接種者の年齢が15歳以下の場合に限る。

※　児童手当登録口座での受取りは、被接種者の年齢が15歳以下、かつ、市から児童手当の支給を受ける受給者に限る。

審査	接種記録確認（確認者　　）		母子健康手帳（接種日　　・接種ワクチン　　・回数　　）	
	交付決定額		円	交付決定年月日 令和　　年　　月　　日
課長	課長補佐	室長	主任・副主任技査	室員