

三戸町子どもインフルエンザ予防接種助成金申請書兼請求書

三戸町長 殿

申請者（保護者）

住 所

氏 名

電話番号

印

三戸町子どもインフルエンザ予防接種助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請いたします。なお、助成金の交付の決定があったときは、下記の振込先に助成金を交付するよう請求します。

また、三戸町が助成の要件を満たしているかを確認する必要がある場合は、医療機関等に対して、被接種者の予防接種内容を照会することについて同意します。

申 請 年 月 日		令和 年 月 日		
子（接 種を 受けた 子どもの 氏名）	ふりがな			
	氏 名			
	生年月日		年 月 日生	
接 種 状 況	医療機関名			
	接 種 日	1 回目	令和 年 月 日	
		2 回目	令和 年 月 日	
	接 種 費 用	1 回目	円－自己負担額 1,500 円＝ 円	
		2 回目	円－自己負担額 1,500 円＝ 円	
	合 計		円	
の 申 請 者 振 込 先 （ 保 護 者 ）	金融機関名		銀行・農協・金庫・組合 支店	
	口座の種別	普通・当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人			

- 添付書類
- ☐ 医療機関が発行した予防接種の領収書
- ☐ 接種日が記載された母子健康手帳又は接種済証などの予防接種を確認できる書類
- ☐ 助成金の振込先口座の通帳の写し