

受 付

様式第 3 号（第 9 条関係）

みやき町子どものインフルエンザ予防接種費用助成申請書

年 月 日

みやき町長 様

（申請者） 住所 みやき町

保護者 氏名 ⑨

電話番号

続柄

下記の通りインフルエンザ予防接種を受けたので、みやき町子どものインフルエンザ予防接種費用の助成実施要綱第 9 条の規定により、関係書類を添えて申請します。

なお、この申請に必要な住民基本台帳に関する情報について、みやき町が調査することに同意します。

接種者氏名		接種者氏名	
接種者生年月日	年 月 日 (歳 か月)	接種者生年月日	年 月 日 (歳 か月)
予防接種を受けた日	年 月 日 (1 回目 2 回目)	予防接種を受けた日	年 月 日 (1 回目 2 回目)
接種医療機関名		接種医療機関名	
予防接種支払金額	円	予防接種支払金額	円

接種者氏名		接種者氏名	
接種者生年月日	年 月 日 (歳 か月)	接種者生年月日	年 月 日 (歳 か月)
予防接種を受けた日	年 月 日 (1 回目 2 回目)	予防接種を受けた日	年 月 日 (1 回目 2 回目)
接種医療機関名		接種医療機関名	
予防接種支払金額	円	予防接種支払金額	円

※添付書類；医療機関が発行した領収書（インフルエンザ予防接種とわかるもの）

振込口座のコピー、請求書（様式第 6 号）

※申請期間；インフルエンザ予防接種を受けた日の属する年度末まで