

年 月 日

関市長 様

関市小児インフルエンザ予防接種費用助成金交付申請書

関市小児インフルエンザ予防接種費用助成金の交付を受けたいので、関市小児インフルエンザ予防接種費用助成事業実施要綱第6条の規定により、関係書類を添付して申請します。

申請者	氏名			
	住所			
	電話番号	() -		
接種児	氏名		申請者との続柄	
	生年月日	年 月 日		
助成額	1回目	接種日： 年 月 日	助成額 (上限1,000円)	
		医療機関名：	円	
	2回目	接種日： 年 月 日	助成額 (上限1,000円)	
医療機関名：		円		
	合計	助成額 円		
関係書類	(1) 領収書その他の接種費を支払ったことが分かる書類 (2) 予防接種済証その他の予防接種を受けたことが分かる書類、 予防接種の予診票の写し又は母子健康手帳 (3) 前2号に掲げるもののほか、市長が必要と認める書類			

年 月 日

関市長 様

申請者 住 所
氏 名
電話番号

関市小児インフルエンザ予防接種費用助成金交付請求書（交付決定者用）

関市小児インフルエンザ予防接種費用助成事業実施要綱第7条第2項の規定により、下記のとおり、関市小児インフルエンザ予防接種費用助成金の交付を請求します。

記

- 1 請求金額 金 円
2 振込先

金融機関名	銀行 金庫 組合 農協		本店 支店 出張所
預貯金種別	普通・当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			