

寝屋川市年少児のインフルエンザワクチン接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

(あて先) 寝屋川市長

寝屋川市接種費用助成について、寝屋川市年少児インフルエンザワクチン接種費用の助成に関する要綱第6条の規定により次のとおり申請します。また申請にあたり、私は暴力団員又は暴力団の密接な関係者でないことを誓約します。

なお、寝屋川市がこの請求に必要な住民基本台帳に関する情報及び医療機関等に対する確認を行うことについて同意します。

申請・請求者 氏名 _____ 印
 〒 _____ 住所
 _____ 氏名
 _____ () 電話番号

住所	寝屋川市		
(フリガナ)			
被接種者名			
生年月日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日
申請時の年齢	歳 か月	歳 か月	歳 か月
接種回数	※申請される分だけ、記入してください。		
1 回目	接種日	平成 年 月 日	平成 年 月 日
	医療機関名		
2 回目	接種日	平成 年 月 日	平成 年 月 日
	医療機関名		
請求金額	円	円	円
合計金額	金 円		

振込先 銀行口座等	※口座名義人が申請・請求者と異なる場合は、口座名義人に受領権限を委任したものとします。
金融機関名	
支店・口座番号	支店名 (支店) 普通・当座 NO、
(フリガナ)	
口座名義人	

※添付書類 当該予防接種に係る領収書(被接種者氏名、接種年月日、予防接種名、接種費用額、接種医療機関名と押印のあるものに限る。)

市記載欄

年月日	受付者	確認欄	
平成 年 月 日		<input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 予防接種済証	<input type="checkbox"/> 母子健康手帳 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> その他 ()