

都留市長 様

申請者(保護者) 住 所
氏 名
電 話

印

都留市小児等のインフルエンザ予防接種費用助成金申請書兼請求書

都留市小児等の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、関係書類を添えて、下記のとおり申請及び請求します。

1. 接種対象者

氏名 (被接種者)	生年月日	続柄	接種日	医療機関の 名称	ワクチン種類
	年 月 日		年 月 日		☐ 不活化ワクチン(注射) ☐ 経鼻弱毒性生ワクチン
	乳幼・小・中・高		年 月 日		
	年 月 日		年 月 日		☐ 不活化ワクチン(注射) ☐ 経鼻弱毒性生ワクチン
	乳幼・小・中・高		年 月 日		
	年 月 日		年 月 日		☐ 不活化ワクチン(注射) ☐ 経鼻弱毒性生ワクチン
	乳幼・小・中・高		年 月 日		

2. 助成申請額 円 【上限金額】 不活化ワクチン：ひとり 2,500 円/回
経鼻弱毒性生ワクチン：ひとり 4,500 円/回

添付書類 ・領収書（接種日・接種金額・接種したワクチンの種類及び回数がわかるもの）
・振込先口座の通帳の写しなど（カナ名義・口座番号が確認できるもの）

【個人情報の取扱について】
情報は都留市個人情報保護条例に基づき、適正に取り扱います。目的外に使用することはありません。

請求金額 円

【振込先】

金融機関名	本・支店名	預金種別	口座番号
銀 行 信 用 金 庫 信 用 組 合 農業協同組合	本 店 支 店 出張所	普通・当座	
口座名義人	住所		
	フリガナ		
	氏名		

※金融機関口座は、申請者本人のものに限ります。

※都留市役所処理欄

申請受理日	年 月 日	受付番号	
-------	-------	------	--