

季節性インフルエンザ任意予防接種費用支給申請書

接種者氏名	生年月日	接種医療機関名	接種年月日	窓口負担額	支給決定額
	平成 令和		1回目 令和 年 月 日	円	円
			2回目(13歳未満のみ) 令和 年 月 日	円	円
	平成 令和		1回目 令和 年 月 日	円	円
			2回目(13歳未満のみ) 令和 年 月 日	円	円
	平成 年 月 日 令和		1回目 令和 年 月 日	円	
			2回目(13歳未満のみ) 令和 年 月 日	円	円
	平成 年 月 日 令和		1回目 令和 年 月 日	円	円
			2回目(13歳未満のみ) 令和 年 月 日	円	円

うきは市長 様

うきは市季節性インフルエンザ任意予防接種費用助成事業実施要綱第6条の規定に基づき、上記のとおり申請します。

なお、支給決定額については下記の口座へ振り込みください。

また、この申請に関する内容等について医療機関に照会することに同意します。

令和 年 月 日

住所

氏名(保護者)

電話 () -

振込先

金融機関名	本・支店名	預金種別	口座番号	口座名義 ※ カタカナでご記入ください
		普通当座		

実施要綱要約

対象者 生後6ヶ月～中学生
接種対象期間 10月1日～翌年3月31日
申請期限 当該年度の3月31日まで
助成金額 1回あたり3,000円
(ただし窓口負担額が上記の金額を超えない場合はその金額)
助成の回数 13歳未満は2回まで、13歳以上は1回まで

支給決定額

※ 領収書(接種者名、接種日、窓口負担額が記載されたもの)は、必ず原本を添付してください

※ 通帳の写し(振込先口座が確認できるもの)を添付してください