

記入はボールペンでお願いします。

※消えるボールペン・修正テープ・修正ペン、砂消しゴムは使用不可

令和2年度大津市インフルエンザ予防接種費用助成金交付申請書（兼請求書）

年 月 日

大津市長 様

申請者〔保護者〕 住所 大津市〇〇△……
 氏名 大津 太郎 印
 被接種者との続柄 父
 電話 077-XXXX-XXXX

同じ方をお願いします

大津市インフルエンザ予防接種費用助成金の交付を申請します。

なお、この申請に基づく支給決定に当たり、大津市が保有する被接種者及び医療機関等に問い合わせることに同意します。

※金額は訂正印で修正できません
金額欄は空白でも構いません

申請額(請求額)	<u>3,800</u>	円
----------	--------------	---

被接種者氏名	<u>大津 花子</u>	生年月日	令和 *年 *月 ** 日
被接種者住所	(申請者の住所と異なる場合) 大津市		
対象者区分	<input type="checkbox"/> 妊婦 <input checked="" type="checkbox"/> 生後6ヵ月から中学3		
振込先	金融機関名/支店名	** 銀行 / ** 支店	
	預金種別・口座番号	普通・当座 No. **** * *	
	(フリガナ) 口座名義人	オオツ タロウ 大津 太郎	

申請額（請求額）以外の箇所間違いの場合は、二重線を引いていただき、訂正印をお願いします。
※訂正印は申請者氏名横と同じ印鑑をお願いします

接種日	実施医療機関	支払料金	請求金額
*月 *日	<u>印療所</u> □□病院	3,500円	2,000円
*月 *日	□□医院	1,800円	1,800円
合計金額			3,800円

(添付書類)

1. 接種した医療機関の領収証（写しでも可）
2. 予防接種の記録が記載されているもの（接種済証、母子健康手帳又は予診票の写し等）
3. 対象者のうち妊婦にあたるものは、母子健康手帳の写し（交付日、氏名が記載されているページ）
4. 振込先が確認できる書類（通帳の写し等）

(注意)

- ・振込先の口座名義人は、申請者と同一の方としてください。
- ・請求金額は、接種1回あたり2,000円（支払額が2,000円未満の場合は支払額）です。

※指定口座への助成金の振込みをもって、助成金の交付決定の通知に代えます。