

様式第 1 号(第 7 条関係)

神石高原町妊婦及び乳幼児・児童等インフルエンザ予防接種費助成金
交付申請書兼請求書

＊太枠の中を記入してください。

申請日	年	月	日
-----	---	---	---



神石高原町長 様

乳幼児等インフルエンザ予防接種は任意の予防接種であることを理解したうえ、神石高原町妊婦及び乳幼児・児童等インフルエンザ予防接種費助成実施要綱の規定により、つぎのとおり申請します。

被接種者	名 前			住 所	〒 神石高原町									
	生年月日	年 月 日			TEL									
申請者兼請求者	名 前			印	住 所	＊被接種者住所と異なる場合は記入してください。 〒 神石高原町								
	被接種者から見た続 柄					TEL								
振 込 先	以外の金融機関 ゆうちょ銀行	金 融 機 関		支 店 名	種 別	口 座 番 号						口座名義 ※カタカナ		
		銀行・信金 農協・信組 ()		本店 支店 支所	普通 当座 ()									
	ゆうちょ銀行	記 号		番 号				口座名義 ※カタカナ						
		1				0							1	
請 求 額	予防接種総費用額				助成金請求額				ワクチンの種類と金額がわかる領収書等を添付してください。					
	円				円									

- 【注意事項】
- 申請書には領収書又は予防接種に要した費用の確認ができる書類（ワクチンの種類と金額がわかるもの）を添付してください。
 - 助成金交付対象者は、乳幼児・児童生徒の保護者、または妊婦本人です。
 - 助成金は、1回接種に対して4,000円、2回接種（乳幼児・小学生のみ）に対して7,000円を限度とします。ただし、予防接種に要した費用が限度額未満の場合は、支払った金額を助成します。
 - 2回接種を行う方は、2回目終了後に申請してください。
 - 申請期限は、接種を行った年度の3月末日までです。
 - 交付対象接種期間は、10月1日から翌年1月31日まで（妊婦の場合は3月31日まで）です。

＊担当課記入欄

接種区分	乳幼児・児童 中高生等 妊婦	接種内容	接種回数	接種日	接種費	助成決定額
			1回目	年 月 日	円	円
			2回目	年 月 日	円	