

書類受取日	内容確認印

様式第3号(第5条関係)

高校3年生相当用

王寺町子ども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

王 寺 町 長 様

令和 年 月 日

申請者 住所 王寺町
(保護者)
氏名
電話番号

高3

王寺町子どもインフルエンザ予防接種費用助成金交付要綱第5条の規定に基づき、必要書類を添えて、下記のとおり助成金の交付を申請(請求)します。

記

受付番号	ふりがな		生年月日		確認して☑	
	被接種者氏名		平成	年 月 日	☐	高校3年生
種類	回数	接種年月日	接種費用	請求金額の欄には、接種費用が 3,000円まで→半額を記入 3,000円以上→1,500円を記入		請求金額
不活化 ワクチン	1回目	令和 年 月 日	円			円
種類	回数	接種年月日	接種費用	請求金額の欄には、接種費用が 8,000円まで→半額を記入 8,000円以上→4,000円を記入		請求金額
フルミスト	1回目	令和 年 月 日	円			円

インフルエンザ予防接種費用助成金を下記口座へ振り込んでください。

銀行 信用金庫 信用組合 協同組合		本店 支店		金融機関番号				
				支店番号				
貯金種別	☐ 普通預金	確認して☑	口座番号	左詰で記入				
カナ (口座名義)	カタカナで記入							

- 【助成対象者、助成回数】 義務教育学校9年生(中学3年生)と高校3年生は1回助成
- 【助成金額】 不活化ワクチン: 予防接種費用の2分の1で、1回1,500円を上限とする。
フルミスト点鼻液: 予防接種費用の2分の1で、1回4,000円を上限とする。
- 【必要書類】 ①同意書
②医療機関で発行した領収書原本(被接種者氏名、接種年月日、ワクチン名、ワクチン代金が記載されたもの)、コピー提出可ただし原本の提示が必要です。
③保護者名義の振込先の通帳のコピー(※紙通帳のない銀行をご利用の場合は、銀行名、支店名、預金種別、口座番号、口座名義人が記載されているもの【例: 口座番号連絡書など】を印刷して提出)
④本用紙(申請書兼請求書) ⑤母子健康手帳または接種済証 ⑥窓口来所の人の人本人確認書類