

様式第2号（第8条関係）

豊見城市子どもインフルエンザ任意予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

豊見城市長 様

(申請者)

住 所

氏 名

印

被接種者との続柄 ( )

電話番号

豊見城市子どもインフルエンザ任意予防接種費用助成実施要領第8条第2項の規定により、必要書類を添えて、次のとおり申請します。

被接種者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名			
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> (豊見城市 )		
接種状況	回 数	接種年月日	医療機関名	
	1回目	年 月 日		
	2回目	年 月 日		
請求金額	一般世帯	(接種回数) × (市負担額) = (請求金額)		
		回 × 1,000円 = 円		
生活保護世帯	(接種回数) × (市負担額) = (請求金額)			
	回 × 円 = 円			
振込先	金融機関名	銀行・信用金庫 農協・信用組合	本店 支店・支所	
	口座種別	普通 ・ 当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義			

(必要書類)

- 予防接種実施医療機関が発行した領収書又は支払証明書の原本
- 親子健康手帳の予防接種記録が確認できるページの写し
- 生活保護受給者証明書の写し（生活保護世帯のみ）
- 振込口座の通帳等の写し（金融機関名、支店名、預金種類、口座番号及び口座名義の確認できるもの）
- 委任状（申請者と口座名義が異なる場合のみ）