

様式第5号（別表第2関係）

花巻市妊婦インフルエンザ予防接種費用軽減事業補助金申請書兼請求書  
(補助対象者直接交付用)

年 月 日

花巻市長 様

申請者

住所 花巻市南万丁目 970-5

氏名 健康 花子 (続柄 本人)

電話番号 090-1234-5678

令和〇年度花巻市妊婦インフルエンザ予防接種費用軽減事業補助金の交付を受けたいので、  
花巻市補助金等交付規則により、関係書類を添えて、次のとおり申請および請求します。

妊婦氏名 (生年月日生)	健康 花子 (平成 〇年 Δ 月 × 日生)								
住所	花巻市南万丁目 970-5								
接種状況	接種日	令和 X 年 XX 月 XX 日							
	医療機関の名称	〇〇病院							
	医療機関の所在地	〇〇県△△市××12-34							
	支払金額	円							
	助成額(請求額)	円							
振	〇〇 銀行 〇〇 支店	普通・当座	0	1	2	3	4	5	6
	ケンコウ ハナコ								
健康 花子									

妊婦氏名と  
口座名義人  
は同一人物  
になります

助成の上限額は3,000円です。  
支払額：4,000円の時、助成額：3,000円  
支払額：3,000円の時、助成額：3,000円  
支払額：2,500円の時、助成額：2,500円  
となります。

名義に限ります。

領収証の明細に「予防接種  
(インフルエンザ)」等と  
かかっている場合はそれを  
もって接種が確認できるも  
のとみなします。

母子健康手帳

- 接種の年月日及び接種ワクチンの種類が確認できるもの(予)
- 妊婦が接種した予防接種にかかる領収書の写し