

様式第5号（別表第2関係）

花巻市妊婦のためのインフルエンザ予防接種費用軽減事業補助金交付申請書兼請求書
（妊婦直接交付用）

年 月 日

花巻市長 上田 東一 様

申請者

住所

氏名

（続柄 ）

電話番号

令和2年度花巻市妊婦のための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、次のとおり申請及び請求します。

妊婦氏名 (生年月日生)		(年 月 日生)							
住 所									
接種状況	接種日	年 月 日							
	医療機関の名称								
	医療機関の所在地								
	支払金額	円							
	助成額（請求額）	円							
振込先	銀行	支店	普通・当座						
	口座名義人		(フリガナ)						

※振込先は、予防接種を受けた妊婦本人の名義に限ります。

添付書類

- ・母子健康手帳の写し
- ・接種年月日及び使用ワクチン名等が確認できるもの（予診票等）の写し
- ・予防接種に係る領収書の写し