

様式第5号（別表第2関係）

花巻市こどものための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

対象児との続柄 母

電話番号 090-1234-5678

インフルエンザ予防接種費用軽減事業補助金交付規則により、関係書類を添えて、次

申請するお子さんが3名以上いる場合は申請書兼請求書をコピーする等のご対応をお願いします。なお、この様式は花巻市ホームページにもございます。

申請者氏名と口座名義人は同一人物になります。

中学生のお子さんの助成回数は1回分のみです。

領収証の明細に「予防接種（インフルエンザ）」等とかかれ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。

インフルエンザ予防接種予診票

- ・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（母子健康手帳等）の写し
- ・こどもが接種した予防接種にかかる領収書の写し

対象児氏名 (生年月日生)	健康 太郎 (平成〇年 △月 ×日生)	(年 月 日生)
住 所	花巻市南万丁目 970-5	
接種状況	1回目 令和 A 年 AA 月 AA 日 支払金額： 4,000 円	年 支払金額：
	2回目	
	医療機関の名 称・所在地	〇〇病院 〇〇県△△市××12-34
助成額（申請金額） *3,000円又は、支払金額 の少ないほうの額	円	円
合計	円	
	〇〇 銀行 〇〇 支店	普通 当座
		口座番号 0123456
	健康 花子	