

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 上田 東一 様

申請者

住所

氏名

㊟

対象児との続柄

電話番号

令和2年度花巻市こどものためのこども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、次のとおり申請します。

対象児氏名 (生年月日生)	(年 月 日生)	(年 月 日生)	
住 所			
接種状況	1回目 年 月 日 支払金額： 円	年 月 日 支払金額： 円	
	2回目 年 月 日 支払金額： 円	年 月 日 支払金額： 円	
	医療機関の名 称・所在地		
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		
振込先 *申請者本人のの名義に 限ります。	銀行 支店	普通 当座	口座番号
	(フリガナ) 口座名義人		

添付書類

- ・未使用の花巻市発行「こどもの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