

記入例

※太枠の中をご記入ください

〇〇年 △△月 □□日

花巻市長 様

申請者

申請内容をお電話で確認させていただく場合がありますので、日中連絡の取れる電話番号を必ずご記入ください

住所 花巻市〇〇町△△番地□□
氏名 健康 保子 (続柄 本人)
電話番号 〇〇〇-△△△△-□□□□

令和7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要綱第8条の規定により、関係書類を添えて、次のとおり申請します。

妊婦氏名 (生年月日)	健康 保子 (△△年 □月 ×日生)
住 所	花巻市〇〇町△△番地□□
接種状況	接種日 令和7年 10月 10日
	医療機関の名称 岩手クリニック
	医療機関の所在地 盛岡市〇〇〇町△丁目□番地
	支払金額 5,000 円
補助額 (申請金額)	3,000 円

振込先	花巻 銀行 農協 本店 普通 当座 信金 労金 支店
	フリガナ 口座名義人 花巻 保子 口座番号 0123456

※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

- ・未使用の予診票
- ・未使用の接種券
- ・母子健康手帳の写し
- ・接種年月日及び接種ワクチン名等が確認できるもの（診療明細書等）の写し
- ・当該予防接種に係る領収書の写し