

狛江市長 宛て

申請者 住所
氏名
電話番号

狛江市小児インフルエンザワクチン接種費用助成金交付申請書兼請求書（個人用）

狛江市小児インフルエンザワクチン接種費用助成事業実施要綱第5条の規定により、下記のとおり助成金の交付を申請します。

1 交付対象

氏名 (接種対象児)	生年月日	続柄	接種日	医療機関名	助成額 ^{※1}
	年 月 日		年 月 日		円
	年 月 日		年 月 日		円
	年 月 日		年 月 日		円
	年 月 日		年 月 日		円
	年 月 日		年 月 日		円
	年 月 日		年 月 日		円

※1 助成額の欄には、接種費用が2,000円よりも多い場合は2,000円、接種費用が2,000円よりも少ない場合は接種費用を記入してください。

※2 生後6か月以上12歳以下の小児1人につき、2回まで申請できます。

2 交付申請額 _____円

3 振込先

振込先	金融機関名	銀行 信用金庫 農協				支店
	預金種別	普通・当座	(フリガナ) 口座名義	()		
	口座 (左詰記入)	店番号		口座番号		

※申請者名義の口座を記入してください。

(添付書類)

- ・ワクチン接種を受けた医療機関の領収書（原本、接種費用の内訳が記載されたもの）
- ・ワクチン接種を受けた日が確認できる書類の写し（母子健康手帳、予防接種済証等）