

名張市乳幼児インフルエンザ予防接種費用助成金交付申請書

名張市長

宛て

申請日

年

月

日

名張市乳幼児インフルエンザ予防接種費用の助成を申請します。なお、予防接種の接種状況について、名張市が必要に応じて医療機関に照会することに同意します。

申請者氏名は振込先の口座名義人をご記入ください（保護者の方）
※お子様は不可

申請者住所 〒518-0492

名張市 鴻之台1番町1番地

氏名 名張 太郎

電話（ 0595 ） 63 - 6970

被接種者との続柄（ 父 ）

領収書の金額と2,000円を比べて低い方の金額を記入
（1回目と2回目の合計）

申請金額

4,000

円

被接種者	氏名	（ なばり はなこ ） 名張 花子	男・女	平成〇〇年9月15日生
	住所	※申請者と同じ場合は記載不要 申請者と住所が異なる場合のみ記入		
接種日		接種に要した費用	接種状況	接種医療機関名
1回目：令和〇年10月31日		4,000円	☐ 請求済 ☒ 今回請求	〇〇クリニック
2回目：令和〇年12月5日		2,000円	☒ 今回請求	〇〇クリニック
受付年月日		年 月 日	（承認・不承認） 決定年月日	年 月 日
受付者				
受給者番号		助成額		円

名張市乳幼児インフルエンザ予防接種費用助成金交付請求書

日付は記入せず空けておいてください

年 月 日

名張市長 宛て

請求者氏名 名張 太郎

名張 太郎

交付決定された予防接種費用助成金を請求しますので、下記の口座へ振り込んでください。

金融機関名 （ゆうちょ銀行を除く）	支店	預金種目	口座番号（右づめでご記入ください。）						
〇△ 銀行 金庫 農協	□× 本店 支店 出張所	普通 当座	0	1	2	3	4	5	6
ゆうちょ銀行	店番	預金種目	番号（右づめでご記入ください。）						
貯金通帳の見開き下に 記載された振込口座の 店番・番号を記入して ください。		普通 当座							
（フリガナ）	ナバリ タロウ		*必ず記入してください。						
口座名義人	名張 太郎		※お子様は不可						