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

年 月 日

名張市長 宛て

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。

申請者住所 〒
 名張市
 氏名
 電話（ ） -
 被接種者との続柄（ ）

申請金額 円

被接種者	氏名	()	男・女	年 月 日生
	住所	※申請者と同じ場合は記載不要		
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： 年 月 日		円	☐ 請求済 ☐ 今回請求	
2回目： 年 月 日		円	☐ 今回請求	
受付年月日	年 月 日	(承認・不承認) 決定年月日	年 月 日	
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

年 月 日

名張市長 宛て

請求者氏名 ㊞

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。)
銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所	普通 当座	
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)	*必ず記入してください。		
口座名義人			

領収証の原本を添付してください。

領
収
証
等
書
類
添
付
欄