

記入例

別記様式 (第6条)

(表)

栄町妊婦等のインフルエンザ予防接種費用助成金支給申請書兼請求書

申請日を記入

令和3年12月22日

栄町長 様

申請者：妊婦は本人、子ども・児童は保護者等
*振込先と申請者は同じ

住所 栄町安食台1-2-00

申請者氏名 栄花子

(助成対象者) 電話番号 090-0000-▲▲▲▲

該当するものを○で囲む
※区分は1参照

インフルエンザの予防接種に係る費用の助成を受けたいので、栄町妊婦等のインフルエンザ予防接種費用の助成
に関する規定により、次のとおり申請の上、請求します。

1 被接種者名等

領収書の額と同額

助成対象区分 ※1	被接種者名	生年月日	接種日	医療機関名	自己負担額	助成申請額 ※2
妊婦・子ども・児童	栄花子	H6.1.1	R3.11.25	〇〇内科	4,000円	
妊婦・子ども・児童	栄一郎	R2.5.1	R3.11.30 R3.12.21	〇〇医院 〃	4,000円 2,000円	
妊婦・子ども・児童	栄良子	H19.10.10	R3.11.25	〇〇内科	4,000円	
妊婦・子ども・児童						
妊婦・子ども・児童						
妊婦・子ども・児童						

※1 「子ども」とは生後6月以上13歳未満の子、「児童」とは13歳から中学3年生までの子をいいます。

※2 助成申請額は、記入しないでください。

2 振込先

金融機関	〇〇〇	銀行・信金 信組・農協	本店 支店 本所・支所
預金種目	① 普通 2 当座	口座番号	1 2 3 4 5 6 7 8
フリガナ	サカエ ハナコ		
口座名義人	栄花子		

*申請者と振込先は同じ
*通帳のコピー等、口座が確認できる書類を添付

3 添付書類

- 助成対象予防接種に係る領収書
- 助成対象予防接種を受けたことを証する書類
- 預金通帳の写し等、の助成金の振込先として指定する金融機関の口座を確認することができる書類
- その他 ()

- は原本を添付 (コピー不可)
- は母子手帳の接種がわかる部分のコピー、接種証明書、など

※裏面もあります

