

様式第3号（第6条関係）

武雄市子どもインフルエンザ予防接種費用助成申請書兼請求書

年 月 日

武雄市長 様

住 所 武雄市
申請者 氏 名
(保護者) 電話番号
(注) 本人が自署(手書き)する場合は押印不要。
(本人が自署しない場合は押印が必要)

下記の者が、インフルエンザワクチンを接種し、費用を負担したので、武雄市子どもインフルエンザ
予防接種費用助成事業実施要綱第6条の規定に基づき、必要書類を添えて予防接種費用の償還を申請し
ます。

この申請内容について、公簿との照合及び医療機関等へ確認することに同意します。

住所	武雄市		町大字		番地	
フリガナ						
被接種者氏名						
生年月日(年齢)	年 月 日(歳)		年 月 日(歳)		年 月 日(歳)	
接種医療機関名 及び住所 (添付書類でわかる 場合は記載不要)						
接種年月日						
接種費用	円	円	円	円	円	円
助成金	円	円	円	円	円	円

※市記入欄

助成金	2,000 円 × 回 = 円	1,000 円 × 回 = 円	合計 円
-----	-----------------	-----------------	------

武雄市子どもインフルエンザ予防接種費用助成金口座振替依頼書
助成金については、次の口座に振り込んでください。

振込先金融機関		店番号	口座番号(普通口座)							
銀行・金庫 農協・組合	支店・支所 本店・出張所									
		フリガナ								
		口座名義 (申請者と同じ)								

- ※添付書類 ☐ 当該予防接種をした際の領収書（被接種者の氏名が記載されたもの）
☐ 予防接種済証又は母子健康手帳の接種記録の写し
☐ その他市長が必要と認める書類

