様式第１号（第５条関係）

南越前町妊婦インフルエンザ予防接種費用助成金（償還払）申請書兼請求書

　　　年　　月　　日

南越前町長　様

申請者

住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

電話番号

インフルエンザ予防接種を受けましたので、接種費用の助成を申請します。

※申請内容の確認にあたり、南越前町が住民基本台帳を閲覧すること及び確認等が必要な場合は、接種医療機関に問い合わせることに同意します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 昨年度、インフルエンザ予防接種を受けましたか | | | 接種を受けた　・　接種を受けなかった | | |
| 被接種者（妊婦） | 住　　所 | | 南越前町 | | |
| 電話番号 | |  | | |
| ふりがな  氏　　名 | |  | | |
| 生年月日 | | 年　　　　月　　　　日生　（　　　　歳） | | |
| 接種状況 | 医療機関 | 住　所  名　称 |  | | |
| 接種日 | | 年　　　　月　　　　日 | | |
| 助成申請額　（接種費用） | | | 円 | | |
| 助成金の振込先 | 金融機関名 | | 銀行・組合・金庫・農協　　　　　　　　　店・支店 | | |
| 預金種別 | | 普通・当座 | 口座番号 |  |
| ふりがな  口座名義人 | |  | | |

添付書類…領収書、接種済証又は接種が確認できる診療明細書等の写し、振込口座の通帳の写し