予防接種終了後、添付書類を添えて、できるだけ早めに保健福祉課まで提出してください

様式第１号（第５条関係）

**記入例**

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

接種日から１か月以内に申請しましょう。

**Ｒ２**年**１１**月**２５**日

（宛先）南越前町長　様

申請者

住所　**南越前町○○　○○-○**

捺印してください

氏名　**南越前　花子**　　㊞

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**○○　○○-○**お問い合わせ等が必要な場合がありますので里帰り等でも連絡がとれる番号を記載して下さい。 |
| 電話番号 | **○○-○○○○-○○○○** |
| ふりがな氏　　名 | みなみえちぜん　はなこ**南越前　花子** |
| 生年月日 | **平成2年5月5日生　（30歳）** |
| 接種状況 | 医療機関 | 住　所名　称 | **福井県北越前町２９-１****北越前病院** |
| 接種日 | **令和２年１１月1日**助成申請額（接種費用）の欄は、実際かかった費用を記入してください。 |
| 助成申請額　（接種費用） | **3,500　円** |
| 助成金の振込先 | 金融機関名 | 　福井　　　銀行・組合・金庫・農協　　　　　北越前　店・支店 |
| 預金種別 | 普通・当座 | 口座番号 | ８８８８８８８８８８８８８８ |
| ふりがな口座名義人 | **みなみえちぜん　たろう**申請者の口座**南越前　太朗** |

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