

国東市乳幼児季節性インフルエンザ予防接種助成金交付申請及び請求書

令和 ○年○○月○○日

国東市長 様

窓口に申請に来た保護者の【住所】【氏名】を記入してください。

(申請者) 住所 国東市国東町田深297-12

氏名 国東 太郎 

電話番号 0978-73-2450

国東市乳幼児季節性インフルエンザ予防接種費助成要綱に基づき、予防接種に要した費用の領収書添付の上請求させていただきます。

- ・13歳未満で年度内に2回接種した場合
- ・1回あたりの予防接種費用が助成金額2,500円を上回った場合

(例) 5,000 円

年齢区分	助成限度額 (1回につき)	接種回数		計
		1回目	2回目	
13歳未満	2,500円	○	○	(例) 5,000 円
13歳以上	2,500円			円

※助成回数は13歳未満2回、13歳以上は1回(但し、13歳に至った最初の年度は2回)

※請求する予防接種の回数に○をつけてください

※請求金額は接種に要した費用と助成限度額のどちらか小さい方を請求してください。

■被接種者■

ふりがな	くにさき はなこ
氏名	国東 花子
住所	国東市
生年月日	○○年 ○○月 ○○日

インフルエンザ予防接種をしたお子様の【氏名】【生年月日】を記入してください。

■振込先口座■

金融機関名	○○銀行	支店名	○○支店
貯金種別	(例)普通	口座番号	○○○○○○
ふりがな	くにさき たろう		
口座名義人	国東 太郎		

申請者(保護者)の助成金振込先口座情報を記載してください。
国東市に口座登録がない場合は、別途『口座振込依頼書』に記入していただきます。
※口座登録の有無は職員が確認します。
※口座登録には印鑑(認印)が必要です。

※申請及び請求期限は予防接種を受けた日から、1年以内におこなってください。

不明な個所は空欄にしておいてください。
窓口で職員が確認いたします。