

国東市妊婦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

(申請者) 住所 国東市国東町田深297-12

氏名 国東 花子 (印)

国東市妊婦季節性インフルエンザ予防接種費助成要綱に
及び請求します。助成金は下記の口座に振り込んでください。

※ 申請内容の確認にあたり、国東市長が住民基本台帳等
場合は、医療機関に問い合わせることに同意します

(上段)
領収書の予防接種費用を記入
(下段)
予防接種費用と助成額を比較し、低い
方の額を記入

予防接種費用 4,500 円 (助成額 上限2,500円)

請求合計金額 2,500 円

■被接種者■

ふりがな	くにさき はなこ	予防接種を受けた方の 【氏名】【生年月日】【電話番号】 を記入
氏名	国東 花子	
住所*	国東市	
生年月日	平成2年 4月 1日	
電話番号	0978-72-1111	

※住所は申請者と住所が異なる場合に記入

■振込先口座■

金融機関名	〇〇銀行	支店名	〇〇支店
貯金種別	普通	口座番号	123456789
ふりがな	くにさき はなこ	予防接種を受けた妊婦さんの助成金振込先口 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。	
口座名義人	国東 花子		

※申請及び請求期限は予防接種を受けた日から、1
備考)

- 必要書類：インフルエンザ予防接種領収書、母子
- 生活保護世帯の方へは、予防接種費用の全額を助