

様式第1号（第6条関係）

インフルエンザ予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

佐伯市長 様

申請・請求者	住 所	〒		
		(電話番号)		
	フリガナ		被接種者	
	氏 名	⑩	との続柄	

インフルエンザ予防接種に要した費用の助成を受けたいので、佐伯市予防接種実施要綱第6条第4項の規定により、次のとおり申請し、請求します。

被接種者		接種日	接種費用	交付決定額 ※市記入欄
氏名	生年月日			
(フリガナ)				
(フリガナ)				
(フリガナ)				
(フリガナ)				

※ 交付決定額は、接種に要した費用（クーポン券等を使用した場合はその額を除く。）とし、佐伯市予防接種実施要綱第6条第3項に規定する額を上限とします。

振 込 先	金 融 機 関 名		支 店 名	支店
	口 座 番 号		種 別	普通・当座・（ ）
	フリガナ			
	名 義 人			

※ 振込先口座の名義人が申請・請求者と異なる場合は、申請・請求者からの委任状が必要となります。

添付書類

- 1 定期予防接種を行った医療機関が発行する領収書の原本（接種した予防接種の種類・金額が記載されたもの）
- 2 振込先の口座情報確認書類

インフルエンザ予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

注意
浸透印（シャチハタ等・消えるボールペン（フリクション等）は使用できません

申請・請求者	住 所	〒 876-0844 佐伯市向島1丁目3番8号		
	フリガナ	ワラク タロウ		
	氏 名	和 楽 太 郎	（印） 和 楽	との続柄 父

申請・請求者は両親等です
振込先の名義人と同じ人の名前を記入

インフルエンザ予防接種に要した費用の助成を受けたいので、佐伯市予防接種実施要綱第6条第4項の規定により、次のとおり申請し、請求します。

被接種者		接種日	接種費用	交付決定額 ※市記入欄
氏名	生年月日			
(フリガナ) ワラク ヤヨイ	H30.4.1	R6.10.1	4,000円	
和 楽 弥 生				
(フリガナ) 予防接種を受けた人の名前と生年月日				
(フリガナ)				
(フリガナ)				
(フリガナ)				

例)
弥生さんが10/1にインフルエンザ
の予防接種を受けました。
接種料金は4,000円です。
父の太郎さんが申請します。

※ 交付決定額は、接種に要した費用（クーポン券等を使用した場合はその額を除く。）とし、佐伯市予防接種実施要綱第6条第3項に規定する額を上限とします。

振 込 先	金融機関名	〇〇銀行	支 店 名	△△ 支店
	口座番号	申請・請求者と振込先の名義人は同じです		
	フリガナ	ワラク タロウ		
	名 義 人	和 楽 太 郎		

※ 振込先口座の名義人が申請・請求者と異なる場合は、申請・請求者からの委任状が必要となります。

添付書類

- 1 定期予防接種を行った医療機関が発行する領収書の原本（接種した予防接種の種類・金額が記載されたもの）
- 2 振込先の口座情報確認書類