

別記様式第1号（第5条関係）

京丹後市子どものインフルエンザ予防接種事業 予防接種助成金交付申請書

子どものインフルエンザ予防接種にかかった費用に係る助成金を請求する様式です。

＜申請者＞（申請される方（窓口に来られた方）の情報を記入します。）

京丹後市長 様		(申請日) 年 月 日	
インフルエンザ予防接種助成金の交付を受けたいので、京丹後市子どものインフルエンザ予防接種助成事業実施要綱第5条の規定に基づき、関係書類を添えて下記のとおり申請します。			
フリガナ		生年月日	年 月 日
氏名	署名	個人番号	ーこの手続では記入は不要ですー
		日中連絡先	
住所		続柄	接種対象者から見て

＜接種対象者＞（予防接種を受けられた方の情報を記入します）

1	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名		住所	□申請者と同じ
	予防接種の種類	☐ 皮下接種 ☐ 経鼻接種	接種日	1回目 年 月 日 2回目 年 月 日
	接種費用	円	市処理欄	助成額 円
2	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名		住所	□申請者と同じ
	予防接種の種類	☐ 皮下接種 ☐ 経鼻接種	接種日	1回目 年 月 日 2回目 年 月 日
	接種費用	円	市処理欄	助成額 円
3	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名		住所	□申請者と同じ
	予防接種の種類	☐ 皮下接種 ☐ 経鼻接種	接種日	1回目 年 月 日 2回目 年 月 日
	接種費用	円	市処理欄	助成額 円

＜確認事項＞

当該インフルエンザ予防接種について、健康保険組合等から助成を受けていませんか？（今後申請予定を含む）	
☐ 受けていない	☐ 受けている ⇒ 助成額： 円（助成金額の分かるものを添付してください）
当該インフルエンザ予防接種について、健康保険組合等から助成を受けていることが判明した場合には、助成金支給後であっても助成金の一部を返還することに同意します。	
署名： _____	

＜受取口座＞（※原則として申請者本人の口座を指定してください）

口座名義人	カナ												
郵便局の通帳	通帳の記号					通帳の番号							
						—							
銀行の口座					口座番号								
銀行・信金・労金 信組・農協・信漁連					本店 支店	☐ 普通 ☐ 当座							

市処理欄

来庁者	添付書類	交付決定額
☐ 本人 ☐ 他	☐ 医療機関発行の領収書・明細書 ☐ 接種済証明書 ☐ 助成金額のわかるもの（他の健康保険組合等から助成を受けた場合）	円