

インフルエンザ任意接種費用助成金交付申請書

年 月 日

尾張旭市長 殿

申請者 住所 尾張旭市

氏名

被接種者との続柄 ()

電話 () -

下記のとおり、インフルエンザ任意接種事業に係る費用の助成を申請します。
 なお、申請内容について、必要に応じて市が保有する住民記録情報を閲覧すること、及び医療機関に問い合わせることに同意します。

記

被接種者氏名 (予防接種を受けた者) 対象区分に○を付ける	生年月日 (1回目の接種日の年齢)	期別	接種日	接種料金(※注)
子ども・妊婦・身障等	S H R 年 月 日 (歳 か月)	1回目	年 月 日	円
		2回目	年 月 日	円
子ども・妊婦・身障等	S H R 年 月 日 (歳 か月)	1回目	年 月 日	円
		2回目	年 月 日	円
子ども・妊婦・身障等	S H R 年 月 日 (歳 か月)	1回目	年 月 日	円
		2回目	年 月 日	円
子ども・妊婦・身障等	S H R 年 月 日 (歳 か月)	1回目	年 月 日	円
		2回目	年 月 日	円
子ども・妊婦・身障等	S H R 年 月 日 (歳 か月)	1回目	年 月 日	円
		2回目	年 月 日	円
申請理由	<input type="checkbox"/> かかりつけ医 <input type="checkbox"/> 入院・入所 <input type="checkbox"/> 里帰り出産等市外滞在 <input type="checkbox"/> その他 ()			
接種医療機関名	所在地 (県 市・町・村)			
接種医療機関名	所在地 (県 市・町・村)			

(※注) 実際に医療機関に支払った金額を記入してください。

申請書に添付するもの

インフルエンザ予防接種をしたことがわかる領収書及び明細書 (医療機関が発行した原本)

申請時に提示するもの

妊婦：母子健康手帳 特定の疾病のある方：身体障害者手帳、または、診断書