

年 月 日

尾張旭市長 殿

申請者 住所 尾張旭市 ○○町○丁目○番地  
○○マンション○○号

氏名 尾張 花子  
被接種者との養育（母）  
電話 (000)000-0000

枠内の記入をお願いします。

申請者氏名は被接種者（子どもの場合は保護者）で口座名義人と同一

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  
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  
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)
尾張 太郎 子ども・妊婦・身障等	S <b>H</b> R ○○年 ○月 ○日 (○○歳 ○か月)	1回目	R ○年○○月○○日	0000 円
		2回目	年 月 日	円
尾張 小太郎 子ども・妊婦・身障等	S H <b>R</b> ○○年○○月○○日 (○歳 ○か月)	1回目	R ○年○○月○○日	0000 円
		2回目	R ○年○○月○○日	0000 円
尾張 花子 子ども・妊婦・身障等	S <b>H</b> R ○○年 ○月 ○日 (○○歳 ○か月)	1回目	R ○年○○月○○日	0000 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 checked="" 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	<b>○○クリニック</b> 所在地 ( 県 <b>○○市</b> ・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

インフルエンザ任意接種費用助成金交付請求書

年 月 日

尾張旭市長 殿

枠内の記入を  
お願いします。

申請者 住所 **尾張旭市〇〇町〇丁目〇番地 〇〇マンション〇〇号**  
 氏名 **尾張 花子** **印**  
 電話 **(〇〇〇)〇〇〇-〇〇〇〇**

申請者氏名は被接種者(子ども  
の場合は保護者)で口座名義人  
と同一

尾張旭市インフルエンザ任意接種費用助成事業実施要綱第7条  
 おり請求します。

請求金額				円
内容	予防接種の種類	1回当たりの助成金額	助成件数	助成金額
	インフルエンザ		円	件
		円	件	円
		円	件	円
		円	件	円

《口座振込先》

金融機関名	預金の種類	口座番号	(フリガナ) 口座名義人
<b>〇〇〇</b> <b>銀行</b> <b>信用金庫</b> <b>〇〇〇</b> <b>本店</b> <b>支店</b> <b>営業所</b>	<b>普通</b> 当座	<b>〇〇〇〇〇〇〇〇</b>	( <b>オワリ ハナコ</b> ) <b>尾張 花子</b>

申請者名義(被接種者名義)の口座  
 子どもの場合は、申請する保護者名義の口座