様式第３号（第７条関係）

鹿島市小児インフルエンザ予防接種費用助成金償還払い交付申請書兼請求書

年　　　月　　　日

鹿島市長　　　　　　　　　様

住所 鹿島市

申請者

氏名　　　　　　　　　　　　　　印

電話番号

次のとおり、小児インフルエンザ予防接種費用の助成を申請します。また、この申請内容に係る審査のため、公簿との照合及び医療機関への確認について同意します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 第一子 | 被接種児氏名 | 性別 | 生年月日 | 年　齢（１回目接種日年齢） |
|  | 男・女 | 年　 月 日 | 歳 |
| 回数 | 接種日 | 接種医療機関 | 接種料 |
| １回目 | 年　月　日 |  | 円 |
| ２回目 | 年　月　日 |  | 円 |
| 第二子 | 被接種児氏名 | 性別 | 生年月日 | 年　齢（１回目接種日年齢） |
|  | 男・女 | 年　月　日 | 歳 |
| 回数 | 接種日 | 接種医療機関 | 接種料 |
| １回目 | 年　月　日 |  | 円 |
| ２回目 | 年　月　日 |  | 円 |
| 第三子 | 被接種児氏名 | 性別 | 生年月日 | 年　齢（１回目接種日年齢） |
|  | 男・女 | 年　月　日 | 歳 |
| 回数 | 接種日 | 接種医療機関 | 接種料 |
| １回目 | 年　月　日 |  | 円 |
| ２回目 | 年　月　日 |  | 円 |

次の口座への振り込みを依頼します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 銀行金庫組合 | 本店支店支所出張所 | 口座番号 |  |
|  |  |

（申請者と口座名義人が違う場合は記入してください。）

鹿島市小児インフルエンザ予防接種費用の助成金受領に関する権限を上記の口座名義人に委任します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　印

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 予防接種料 | 助成上限額 | 助成額 |
| 円 | 円 | 円 |

（市記入欄）