

様式第4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

申請者 住 所 鹿島市
及び 氏 名
請求者 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。

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	ワクチンの種類		接種料
1回目	年 月 日				円
2回目	年 月 日				円

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	ワクチンの種類		接種料
1回目	年 月 日				円
2回目	年 月 日				円

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	ワクチンの種類		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	口座番号	
		支店 支所 出張所	フリガナ 口座名義人	

次の書類を添付します。

- ☐ 申請者及び請求者の本人確認書類（マイナンバーカード等）の写し
- ☐ 通帳の写し（振込口座名義人及び口座番号が記載された箇所）
- ☐ 医療機関が発行する領収書
- ☐ インフルエンザ予防接種済証又は母子健康手帳の予防接種記録の写し
(市記入欄)

予防接種料	助成上限額	助成額
円	円	円