

青森市インフルエンザ予防接種費用助成金申請書兼請求書

年 月 日

青森市長 宛

下記のとおり、インフルエンザ予防接種費用助成金の交付について必要書類を添えて申請しますので、指定口座へ振込みをお願いします。

なお、助成金の交付決定にあたり、市が保有する個人情報を閲覧・調査すること及び医療機関に問い合わせること、また、当該申請書は、市において交付決定した後は、請求書として取扱うことに同意します。

申請者	フリガナ		男女	生年月日	年 月 日 (歳)	
	氏名	印				
	住所 電話番号	青森市 TEL				
	接種を受けたかた	氏名 (年 月 日生) <input type="checkbox"/> 申請者と同じ（申請者と同じ場合はレを記入してください。）				
	対象区分 (接種時) ※該当する□ にレを記入してください。	<input type="checkbox"/>	小学3年生から59歳までのかたで、心臓、じん臓、呼吸器の機能又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に重い障がいのあるかた (身体障害者手帳をお持ちのかたで、内部障がい1級に該当するかた) 【 <input type="checkbox"/> 1回目 ・ <input type="checkbox"/> 2回目 】 ※13歳未満は2回まで対象			
		<input type="checkbox"/>	妊婦のかた			
		<input type="checkbox"/>	乳幼児（生後6か月から）【 <input type="checkbox"/> 1回目 ・ <input type="checkbox"/> 2回目 】			
<input type="checkbox"/>		小学1年生【 <input type="checkbox"/> 1回目 ・ <input type="checkbox"/> 2回目 】				
ワクチン接種	医療機関名					
	接種年月日	年 月 日				
	接種費用	円	助成額	(接種費用と5,068円のうち、いずれか低い金額) 円		

振込先

金融機関名		本・支店名	
種別	普通		フリガナ
口座番号 (右づめ)		口座 名義人	

※申請者と口座名義人が異なる場合は、下記の委任欄に記入・押印してください。

私は、上記口座名義人に、インフルエンザ予防接種費用助成金の受領を委任します。			
年	月	日	申請者氏名 印