様式第１号

**インフルエンザ予防接種助成申請書兼請求書**

　令和　　　年　　　月　　　日

　宇多津町長　　様

下記のとおり、坂出市医師会管外で接種したインフルエンザ予防接種費用の助成を申請及び請求します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者記入欄 | 申請者氏名 | ㊞ | 児との続柄 | 　 |
| 申請者住所 | 香川県綾歌郡宇多津町📞（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 児氏名 |  | 児の生年月日 | Ｈ・Ｒ　　　　年　　　月　　　日（　　　　　歳　　　　　か月） |
| 実施年月日　１回目　：　令和　　　　年　　　 月　　　 日　　　　　　　　　支払った金額　　　　　　　　　　　　　　円　　　助成額　　　　　　　　　　　　　　円実施医療機関名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　市・町）　　　　　　　　　２回目　：　令和　　　　年　　 　月　　 　日支払った金額　　　　　　　　　　　　　　円　　　助成額　　　　　　　　　　　　　　円実施医療機関名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　市・町） |



|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 口座番号 | 金融機関の名称 | 銀行・信用金庫農協・信用組合 | 支店　出張所 |
| 預金種別 | 普通 ・ 当座 | 番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| フ　リ　ガ　ナ |  |
| 口座名義人 |  |

（注）口座名義は申請者と同一名義としてください

　※申請書に記載された個人情報は、本事業の執行に伴う業務以外には使用しません。

　※接種日から１か月以内（１３歳未満の方は２回目の接種日から１か月以内）に申請してください。ただし最終締め切りは令和３年３月３１日です。

＜添付書類については裏面をご確認ください。＞

|  |
| --- |
| ＜添付書類＞1. 申請者の本人確認書類の写し

顔写真入りのものは１点（運転免許証、マイナンバーカード等）顔写真のないものは２点（保険証、住民票、学生証等）1. 領収書の原本

※接種者名・接種日・医療機関名・ワクチン名・接種費用が記載されていること。領収書は返還できません。1. 振込先口座が確認できる預貯金通帳表紙裏面等の写し
2. クーポン（ピンク色またはクリーム色のはがき）
 |
|  |