

様式第3号（第7条関係）

インフルエンザ予防接種費用助成金償還払申請書

年 月 日

朝来市長 様

上記の助成金の交付を受けたいので、朝来市インフルエンザ予防接種費用助成金交付要綱第7条第1項の規定に基づき申請します。

フリガナ		性別	生年月日	年齢
予防接種を受ける人の氏名		男・女	年　月　日	満　歳　か月
接　種　日	1回目	年　月　日	2回目	年　月　日
接　　　種 医　療　機　関	医療機関名： 医療機関所在地：			
申　請　額	1回目	円	2回目	円
〒 申請者　住　所　朝来市 電話番号　（　　　－　　　－　　　） 氏　　名 （自署されない場合は記名押印してください。） 接種を受ける人との続柄（　　　　　　　　　）				
この申請書には、次の書類を添付してください。				
① 医療機関が発行した領収書の写し				
② インフルエンザ予防接種証明書（様式第４号）				
③ 身体障害者手帳の写し(第２条第１項第１号又は第２号に該当する場合)				
		承認・不承認　決定年月日：　　　　　年　月　日		

受付印