

中津市子どものインフルエンザ予防接種費用助成申請兼請求書

令和 年 月 日

中津市長あて

子どものインフルエンザ予防接種の助成を申請し、領収書を添付して下記の金額を請求します。
助成金は下記の口座に振り込んでください。

※申請内容の確認にあたり、中津市長が住民基本台帳を閲覧すること、医療機関へ問い合わせることに同意します。

請求者	氏名		被接種者との続柄		電話番号	
					(日中連絡がつく電話番号)	
被接種者	住所	〒 中津市				
	フリガナ	生年月日		助成内容		
	氏名			助成金額	接種回数 ^{※1} (該当するものに○)	助成額(請求額) ^{※2} (接種回数 ^{※1} ×2,000円)
		H・R	年 月 日	1回接種あたり 2,000円	1回 2回	円
		H・R	年 月 日	1回接種あたり 2,000円	1回 2回	円
		H・R	年 月 日	1回接種あたり 2,000円	1回 2回	円
		H・R	年 月 日	1回接種あたり 2,000円	1回 2回	円
		H・R	年 月 日	1回接種あたり 2,000円	1回 2回	円
請求金額				円		

※1 接種回数上限 生後6か月から13歳未満：2回、13歳から高校生相当まで：1回

※2 生活保護受給者については、事前に接種券を交付し全額市が負担する

《振込口座》

- 申請・請求者の口座を記入してください。
振込口座が申請・請求者と異なる場合は、委任状が必要です。
- 被接種者が申請時点で18歳以上(成人)の場合は、被接種者本人が申請・請求者及び受領者(口座名義人)となります。申請・請求者と受領者(口座名義人)のいずれかまたは両方が被接種者以外の場合は、被接種者本人からの委任状が必要です。世帯単位で請求を行う場合に、接種を受けた方の中に18歳以上(成人)が含まれる場合にも18歳以上(成人)からの委任状が必要です。

	金融機関コード			店番コード					
金融機関名	銀行・農協・信用金庫 ・信用組合・労働金庫			本店・支店 ・出張所					
預金種別	普通・当座	口座番号							
フリガナ							受付時確認欄		
口座名義人							<input type="checkbox"/> 通帳等のコピー <input type="checkbox"/> 通帳等で確認		

- 備考 1. 請求期限は接種日より1年以内です。
2. 医療機関名、領収印、予防接種を受けた者の氏名、インフルエンザ予防接種費用であることが明記されていない領収書は不可です。