

様式第 1 号（第 5 条関係）

年 月 日

石岡市長 宛

小児インフルエンザワクチン予防接種費用助成申請書兼請求書

申 請 者 住 所

（保護者） 氏 名

続 柄

電話番号

次のとおり、小児インフルエンザワクチン予防接種費用助成を申請します。

被 接 種 者	住 所	
	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日（ 歳 か月）

請求金額	円
------	---

振 込 先	銀行（コード ）		支店（コード ）	当座・普通
	口座番号			
	フリガナ			
	口座名義			

予防接種名	小児インフルエンザワクチン			
接種年月日	年 月 日	年 月 日		
医療機関名				
接種金額	円		円	
*交付決定額	円			

必要書類：予防接種を実施した証（母子健康手帳・予防接種名の分かる領収書の原本）

振込口座の分かるもの（通帳又はカードの写し）