様式第1号(第4条関係)

村上市国民健康保険インフルエンザ予防接種費用助成申請書

　　年　　月　　日

　(宛先)村上市長

　下記のとおり予防接種を受けましたので、接種費用助成を申請します。

　　　　　の中のみご記入ください

　①　申請者(②の方の保護者、後見人、その他監護養育者)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 住所 | 村上市 | |
| 氏名 |  | 電話 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ②　ワクチンを接種した方 |  |  |
| 氏名 | 生年月日 | 助成額（市使用欄） |
|  | 年　　　月　　　日 | 円 |
|  | 年　　　月　　　日 | 円 |
|  | 年　　　月　　　日 | 円 |
|  | 年　　　月　　　日 | 円 |
|  | 年　　　月　　　日 | 円 |
|  | | 合計　　　　　　　　　円 |

　③　添付書類

　　□　インフルエンザ予防接種済証

どちらか一種類

□　母子健康手帳の予防接種記録

　　□　領収書

　④　接種費用助成金の振込口座

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 本・支店名 | 口座名義人(カタカナ) | 口座番号 |
|  | 本店  支店 |  | 普通  当座 |

|  |
| --- |
| ※　①申請者と④振込口座名義人が異なる場合には、申請者がこの接種費用の受領に  関する権限を口座名義人に委任したものとします。 |

※　市使用欄

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被保険者番号 | 該当判定 | チェック |
|  | □　該当  □　非該当 |  |