

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

令和 7年 10月 3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 三之町1-1		
氏 名	国保 太郎	電 話	0254-53-2111

② ワクチンを接種した方

氏 名	生年月日	助成額(市使用欄)
国保 花子	平成 24年 4月 2日	円
国保 一男	平成 28年 9月 1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
- 母子健康手帳の予防接種記録
- 領収書

どちらか一種類

添付書類をチェック

本店の場合は本店に○を付ける

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
第四北越銀行	本店 村上 (支店)	コクホ タロウ	(普通) 当座 0123456

※ 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
	<input type="checkbox"/> 該 当 <input type="checkbox"/> 非 該 当	