

様式第3号（第7条関係）

小児インフルエンザ予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

府中市長様

下記の通り小児インフルエンザ予防接種費用助成金を申請及び請求します。
なお、助成金交付決定のため、住民基本台帳及び医療機関等への確認を行うことに同意します。

申請者	住所	市 町		
	氏名			
	電話			
被接種者	住所	府中市 町		申請者と異なる場合に記入してください。
	氏名			
	生年月日	平成 ・ 令和 年 月 日		
振込先	金融機関名	銀行・金庫 組合・農協		本店・支店 出張所 ()
	口座種別	普通 ・ 当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義			
予防接種の種類		小児インフルエンザ予防接種		
請求額（※）		円		
支給決定額		円		

※償還額については予防接種に実際に要した費用と当該年度に当市が定めた助成金額のいずれか少ない額を償還するものとする。

添付書類

- (1) 医療機関が発行した領収書
- (2) 予診票又は接種済証等の接種記録が分かるものの写し
- (3) その他市長が必要と認める書類