

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

申請者名.....

(被接種者との関係.....)

電話番号.....

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。助成金額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、また確認等が必要な場合は医療機関へ問い合わせることに同意します。

Table with columns for address (住所), name (フリガナ, 氏名), birth date (生年月日), and subsidy details (助成内容: 助成金額, 接種回数, 助成額). Includes a total request amount (請求金額) row.

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

※2 生活保護受給者については、全額助成

Table for bank information including financial institution name (金融機関名), account type (預金種別), and account number (口座番号).

Confirmation section with checkboxes: 確認欄, 通帳等コピー, 通帳等で確認

※申請者と口座名義人が異なる場合は、下記の委任欄に記入・押印してください。

Authorization section (委任欄) with text: 私は、上記口座名義人に、子どものインフルエンザ予防接種助成金の受け取りを委任します。 Includes fields for date and applicant name.

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。