

様式第2号（第6条関係）

塩尻市子どものインフルエンザ予防接種費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

（あて先）塩尻市長

申請者 住所
氏名
電話番号

塩尻市子どものインフルエンザ予防接種費助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

予防接種を受けた者	住所		生年月日	年 月 日
	ふりがな氏名		申請者との続柄	
接種実施医療機関名				
上記の医療機関で接種した理由		<input type="checkbox"/> 通院又は入院中のため <input type="checkbox"/> その他（ ）		
ワクチンの種類		インフルエンザワクチン		
接種日		年 月 日		
他の助成金等の申請の有無		<input type="checkbox"/> 有（助成金等の額 円） <input type="checkbox"/> 無		
請求金額		円		

塩尻市子どものインフルエンザ予防接種費助成金の交付が決定された場合には、上記の請求金額を、次の口座に振り込んでください。

振込先金融機関	金融機関名	銀行 信用組合 信用金庫 農協	支店名	本店・支店 本所・支所 出張所
	口座の種類	普通・当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人			

添付書類

医療機関が発行する領収書の写しその他市長が必要と認める書類