

(様式第 6 号)

子どもに対するインフルエンザ予防接種費用  
助成金交付申請・請求書(償還払用)

年 月 日

(あて先) 須坂市長

申請者 下  
住所 須坂市

氏名

電話番号

私は、子どものインフルエンザワクチンを接種し、医療機関で支払いをした接種費用に対する助成金の交付を受けたいので、下記のとおり申請・請求をします。

【以下の書類をご提出ください】

- ・領収書の原本（インフルエンザ予防接種と記載があるもの）
- ・母子健康手帳の接種歴ページもしくは予診票の写し
- ・振込先が確認できるもの（通帳・キャッシュカード等）※郵送の場合は写しを同封

(太枠内を記入してください)

氏名	生年月日	接種日			審査
		回数	年	月 日	
1	平成・令和 年 月 日	1回目	令和	年 月 日	可・不可
		2回目	令和	年 月 日	可・不可
2	平成・令和 年 月 日	1回目	令和	年 月 日	可・不可
		2回目	令和	年 月 日	可・不可
3	平成・令和 年 月 日	1回目	令和	年 月 日	可・不可
		2回目	令和	年 月 日	可・不可
4	平成・令和 年 月 日	1回目	令和	年 月 日	可・不可
		2回目	令和	年 月 日	可・不可

・振込先

金融機関名	銀行・労金 信金・信組 農協		本店(所) 支店(所) 出張所						
預金種別	普通・当座 (○で囲んでください)	口座番号							
(フリガナ) 口座名義	フリガナ								

※健康づくり課記入欄

助成金額	接種回数	人数	請求額
1,200 円	—	人	円
2,400 円	—	人	円
全額助成	1回分	人	円
	2回分	人	円
	合計	人	円