

様式第 1 号（第 5 条関係）

三朝町障がい児・者インフルエンザ予防接種助成金請求書

年 月 日

三朝町長 様

住 所
請求者 氏 名 ⑩
被接種者との続柄 （ ）
電話番号

次のとおりインフルエンザ予防接種助成金を請求します。

請 求 金 額	円
---------	---

接 種 実 施 日		年 月 日	接種実施医療機関	
ワクチンの種類 ※いずれかに○をしてください		不活化ワクチン ・ 経鼻弱毒生ワクチン		
接 種 金 額		助 成 金 額		
円		円		
被 接 種 者 (請求者と異なる場合に記入)		(ふりがな) 氏 名		
		生年月日	年 月 日 (満 歳)	
対 象 区 分 (該当する□に✓印を記入)		☐ 身体障害者手帳 1 級又は 2 級 ☐ 精神障害者保健福祉手帳 1 級 ☐ 療育手帳 A		生活保護世帯
				該 当 ☐

備 考

接種金額の半額を助成。(不活化ワクチンは 1,500 円、経鼻弱毒生ワクチンは 3,000 円を上限とし、100 円未満切り捨て)ただし、生活保護世帯は、接種金額の全額を助成。

添付書類

- (1) インフルエンザ予防接種を受けたことが分かる医療機関が発行する領収証書
又はその写し

担当者
確認印

助成金は、次の口座に振り込んでください。

振込先	金融機関名		支店名	
	預金種別	普通 ・ その他 ()	ふりがな	
	口座番号		口座名義人	

三朝町会計管理者 様