

## 令和2年度塩竈市国民健康保険インフルエンザ予防接種費用助成金交付申請書

塩竈市長 殿

申請者 住 所

(保護者) 氏 名

印 (接種者との続柄: )

電 話

令和2年度塩竈市国民健康保険インフルエンザ予防接種費用助成事業実施要領の規定に基づき、下記のとおり申請します。なお、申請内容の審査のため必要がある場合は、予防接種を受けたことについて医療機関等から情報提供を受けること及び対象者の住民登録に係る情報を閲覧することについて同意します。

## 1 対象区分 対象の該当する番号に○を付けてください。

対 象	1	塩竈市国民健康保険被保険者 (13歳以上65歳未満)	1回接種
	2	塩竈市国民健康保険被保険者 (13歳未満)	2回接種のうち1回目
	3	塩竈市国民健康保険被保険者 (13歳未満)	2回接種のうち2回目

## 2 申請内容

予 防 接 種 を 受 け た 方 の 氏 名 等	国民健康保険被保険者証	記号	み塩	番号	A	
	フリガナ					
	氏名・性別	(男・女)				
	生年月日・年齢	昭和・平成・令和 年 月 日 ( 歳)				
	世帯主の氏名					
	住民登録の住所 (接種日現在)	※ 住民登録の住所が上記の住所と異なる場合に記載してください。				
	接種年月日等	接種年月日		予防接種に要した費用		申請額(※)
		令和 年 月 日		円		円
接種医療機関等の名称						

(※) は記入しない

## 3 振込先口座

金融機関名		支店名	
預金種別	普通・当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			

&lt;申請手続きに必要なもの&gt;

- (1) 被保険者証 (2) 予防接種の領収書(原本) (3) 振込先金融機関の預金通帳の写し  
(4) 印鑑(朱肉を用いるもの)