

【記載例】

令和7年10月10日

令和〇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 塩竈市旭町1番1号

氏名 塩竈 花子

(世帯主との続柄：妻)

電話 022-355-6497

印鑑は不要です

令和〇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 申請内容

国民健康保険被保険者 記号・番号	み塩 A 1234567	世帯主氏名	塩竈 太郎 ※申請者が世帯主の場合は同上で可
---------------------	--------------	-------	---------------------------

フリガナ	シオガマ タロウ	性別	男・女	対象区分	1. 一般 2. 13歳未満① 3. 13歳未満②
氏名	塩竈 太郎				
生年月日・年齢	昭和 平成・令和 11年 1月 1日 (26歳)	接種年月日	令和 年 月 日	接種に要した費用	4,500円
フリガナ	シオガマ ハナコ	性別	男 女	対象区分	1. 一般 2. 13歳未満① 3. 13歳未満②
氏名	塩竈 花子				
生年月日・年齢	昭和 平成・令和 11年 12月 31日 (25歳)	接種年月日	令和 年 月 日	接種に要した費用	4,500円
フリガナ	シオガマ サクラ	性別	男 女	対象区分	1. 一般 2. 13歳未満① 3. 13歳未満②
氏名	塩竈 桜				
生年月日・年齢	昭和・平成 令和 1年 6月 1日 (6歳)	接種年月日	令和 年 月 日	接種に要した費用	4,500円

2 合計費用・申請額

市役所の担当者が記載します。

接種に要した費用 (合計)	3 件	13,500円	申請額合計(※)	6,000円
---------------	-----	---------	----------	--------

※は記入しない。

3 振込先口座

市役所の担当者確認欄

金融機関名	塩竈銀行	支店名	塩竈支店
預金種別	普通・当座	口座番号	1234567
フリガナ	シオガマ タロウ		
口座名義	塩竈 太郎		

<添付書類>

- 資格確認書または資格情報のお知らせ(記号・番号がわかるもの)
- 本人確認書類 (写真付き)
- 予防接種の領収書 (原本)
- 振込先金融機関の通帳の写し
- 委任状(別世帯の方による代理申請)