

令和8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

氏 名 (世帯主との続柄：)

電 話

令和8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	世帯主氏名	
---------------------	------	-------	--

フリガナ		性別	男・女	対象区分	1. 一般 2. 2歳以上19歳未満 (経鼻ワクチン) 3. 13歳未満① 4. 13歳未満②
氏 名					
生年月日・年齢	昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)	接種年月日	令和 年 月 日	接種に要した費用	円
フリガナ		性別	男・女	対象区分	1. 一般 2. 2歳以上19歳未満 (経鼻ワクチン) 3. 13歳未満① 4. 13歳未満②
氏 名					
生年月日・年齢	昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)	接種年月日	令和 年 月 日	接種に要した費用	円
フリガナ		性別	男・女	対象区分	1. 一般 2. 2歳以上19歳未満 (経鼻ワクチン) 3. 13歳未満① 4. 13歳未満②
氏 名					
生年月日・年齢	昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)	接種年月日	令和 年 月 日	接種に要した費用	円

2 合計費用・申請額

※は記入しない。

接種に要した費用 (合計)	件	円	申請額合計(※)	円
---------------	---	---	----------	---

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			

<添付書類>

- ☐ 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)