

【記載例】

令和〇年△月□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

※印鑑は不要です

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

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。

※申請者が世帯主の場合は同上で可

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		
フリガナ	シオガマ タロウ	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	塩竈 太郎				
生年月日・年齢	昭和・平成 令和 11年 1月 1日 (27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. 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	塩竈 花子				
生年月日・年齢	昭和・平成 令和 11年 12月 31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 サクラ	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	塩竈 桜				
生年月日・年齢	昭和・平成 令和 1年 6月 1日 (7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

青枠は市役所の担当者が記載します。 ※は記入しない。

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

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>

- ☐ 本人確認書類 (写真付き)
※申請者の分
☐ 予防接種の領収書 (原本)
※接種者全員の分
☐ 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)