

様式第 1 号 (第 5 条関係)

鴻巣市中学 3 年生インフルエンザ予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

(宛先) 鴻巣市長

住 所
助成対象者 電話番号
(保護者) 氏 名

(接種対象者との続柄:)

鴻巣市中学 3 年生インフルエンザ予防接種費用助成金交付要綱第 5 条の規定により、次のとおり助成金の交付を申請及び請求します。

接種対象者	フリガナ	
	氏 名	
	住 所	
	生年月日	年 月 日生
	学 校 名	
申請及び請求金額		円

振込先 ※助成対象者（保護者）と同一名義のものに限る

振込先 金融機関	銀行・信用金庫 信用組合・農協		本店 支店			
預金種別	普通・当座	口座番号				
フリガナ						
口座名義						

添付書類 (裏面に貼付)

領収書 (原本) 振込先確認書類 (通帳又はキャッシュカードの写)

※注意事項

領収書にて確認を要する事項は①接種者②医療機関③予防接種の種類④費用⑤領収日の 5 項目です。領収書の記載事項が不足する場合は、医療機関にて領収書に追記及び押印いただくか、接種済証や母子手帳の写し等を併せて添付し、5 項目すべてを確認できるようにしてください。

(裏面) 添付書類貼付欄

② 振込先確認書類 (通帳又はキャッシュカードの写し)

のりしろ

チェック項目 (全項目にチェック☑が出来たものを貼付してください)

- 名義人は助成対象者 (保護者) と同一名義
- 金融機関名・支店番号又は金融機関コード・支店コード
- 口座種別又は口座種別コード (普通預金・当座預金など)
- 口座番号及び口座名義人(カナ)

① 領収書 (原本)

のりしろ

チェック項目 (以下の項目が表示されているかチェック☑して貼付してください)

- 接種者 (生徒名)
- 医療機関
- 予防接種の種類
- 費用 (支払額)
- 領収日 (接種日)

※ 上記5項目のうち、チェック☑が付かないものがあれば、当該項目が確認できる書類の写しを併せて貼付してください。(接種済証や母子手帳など)

のりしろ

【留意事項】 助成対象接種期間 : 10月1日～1月31日
申請期限 : 2月末日