

筑前町若年者等インフルエンザ予防接種料金助成申請書兼請求書



筑前町長 宛

今回接種したインフルエンザ予防接種は、任意の予防接種であることを理解したうえで、筑前町若年者等インフルエンザ予防接種料金の助成に関する要綱第6条の規定により、次のとおり助成の申請及び請求いたします。
 なお、助成を受けるにあたり、私の世帯の住民記録等、町が保有する情報の閲覧及びインフルエンザの感染状況に関する調査※に同意します。

※この調査は、ワクチンの予防効果の評価のために町全体のデータを集計するもので、個人が特定されることはありません。

※太枠の中を記入してください。申請者・請求者（保護者）欄も必ず記入・押印してください。

※記入漏れ・押印漏れがある場合は、受理できません。

被接種者 (受けた人)	フリガナ	千クゼン アユミ	住所・電話番号	<input checked="" type="checkbox"/> 申請・請求者と同じ (同じ場合は、 <input checked="" type="checkbox"/> のみで記入不要)				
	名前	筑前 あゆみ		〒				
	生年月日	昭和・平成・ 令和 4年 8月 1日 接種日時時点で 1歳 2か月		電話番号	自宅・携帯	—	—	
申請・請求者 (保護者)	フリガナ	千クゼン タロウ	住所・電話番号	〒838-0298				
	名前	筑前 太郎 <small>※振込先口座名義人と同じであること</small>		〒	筑前町篠隈 373			
	続柄	父 <small>※被接種者からみた続柄を記入</small>		携帯・自宅	0946 - 42 - 3111			
接種日	インフルエンザ予防接種料金領収証明のとおり							
請求額	6,000 円			※予防接種料金×接種回数 (接種料金が1回3,000円を超える場合は3,000円) ※生活保護世帯の場合は、接種料金全額を記入				
振込先金融機関 <small>※ゆうちょ銀行の場合は支店名欄には漢数字3桁の支店名を記入してください</small>	□□□ <small>銀行 農協 信用金庫 信用組合</small>	○○○○ <small>本店 支店 出張所 営業部</small>	預金種別	普通・当座				
	フリガナ 千クゼン タロウ 口座名義 筑前 太郎	口座番号	1	2	3	4	5	6

インフルエンザ予防接種料金領収証明

1	接種日	年 月 日	2	接種日	年 月 日
	回目	予防接種料金 円		回目	予防接種料金 円
上記の予防接種料金は領収済であることを証明します。			上記の予防接種料金は領収済であることを証明します。		
年 月 日			年 月 日		
【医療機関】			【医療機関】		
所在地			所在地		
名称			名称		
代表者 <small>印</small>			代表者 <small>印</small>		

医療機関が記入する欄です

※接種できなかったときは、助成できません。

※「インフルエンザ予防接種料金領収証明」は、接種終了後、医療機関で記入してもらいます。助成対象は翌年の1月31日接種分までです。

※接種終了後、速やかに筑前町役場へご提出ください。郵送可。(最終提出期限は接種日の属する年度の2月末まで)