

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

年 月 日

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。

Application form with sections for recipient (被接種者), applicant (申請・請求者), vaccination date (接種日), request amount (請求額), and bank information (振込先金融機関).

インフルエンザ予防接種料金領収証明

Receipt proof form 1 with fields for vaccination date, amount, and medical institution details.

Receipt proof form 2 with fields for vaccination date, amount, and medical institution details.

※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）