

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。

※太枠の中をすべて記入してください。

※記入漏れ・押印漏れがある場合は、受理できません。

令和 年 月 日

被接種者 (受けた人)	フリガナ		住所・電話番号	筑前町			
	名 前			携帯・自宅			
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日 接種日時時点で 歳 か月		— —			
申請・請求者 (保護者)	フリガナ		住所・電話番号	□被接種者と同じ (同じ場合は、☑のみで記入不要)			
	名 前	☑ ※振込先口座 名義人と同じ であること		携帯・自宅			
	続 柄	※被接種者から みた続柄を記入		— —			
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		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 ※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		銀行 農協 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所 営業部	預金 種別	普通 ・ 当座		
		フリガナ		口座 番号			
		口座 名義					

インフルエンザ予防接種料金領収証明							
1 回目	接種日	年 月 日		2 回目	接種日	年 月 日	
	予防接種料金	円			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。 年 月 日				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			
【医療機関】 所在地 名称 代表者 ⑩				【医療機関】 所在地 名称 代表者 ⑩			

※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)