

年 月 日

甲斐市長 様

申請者（助成対象者）

住 所

氏 名

㊞

電話番号

甲斐市インフルエンザ予防接種費用助成金支給申請書

甲斐市任意インフルエンザ予防接種費用助成事業実施要綱第7条の規定に基づき、助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

1 接種対象者

氏 名	生年月日	接種時の年齢	インフルエンザワクチン接種日
	年 月 日	歳 月	1回目 年 月 日
		歳 月	2回目 年 月 日
	年 月 日	歳 月	1回目 年 月 日
		歳 月	2回目 年 月 日
	年 月 日	歳 月	1回目 年 月 日
		歳 月	2回目 年 月 日
	年 月 日	歳 月	1回目 年 月 日
		歳 月	2回目 年 月 日

※1回の接種の人は1回目のみ記入

2 助成金額(市が記入)

円

※助成金額は、1回上限3,000円、上限に満たないときは当該予防接種費用額

3 振込先

金融機関名		本支店名	
種 別	普通 ・ 当座	口座番号	
(フリガナ) 口座名義人			

(注意事項)

- 1 申請期限：接種した年度の2月28日まで
- 2 添付書類：インフルエンザ予防接種を受けたことがわかる領収書の写し
- 3 振込口座は接種者本人、接種者が子どもの場合は保護者