様式第２号

吉備中央町こどもインフルエンザ予防接種助成申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

吉備中央町長　殿

　　次のとおり、こどもインフルエンザ予防接種費の助成を受けたいので、次の関係書類を添えて申請します。なお、助成審査に関する医療機関への照会について同意します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | 住　　所 |  |
| 氏　　名 |  | 被接種者との続柄 |
| 連　絡　先 | 電話 |
| 予防接種を受けた人 | 住　　所 | （申請者と住所が異なる場合は記入のこと）　吉備中央町 |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 | 　　　　　　　　年　　　　　月　　　　日（　　　　　　歳） |

　＊添付書類　・予防接種をした際の領収書又は医療機関が発行した接種済証又は、母子健康手帳（接種日、ワクチンロットNO、接種医療機関の確認できるページ）

保健課記入欄

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 公費負担額 | １回目 | 　　　　　　円　　　　　　 | ２回目 | 　　　　　　円　 | 助成合計金額　　　　　　　円 |
| 接種日 | 　年　月　日 | 　年　月　日 |
| 接種医療機関 |  |  |  |