

様式第3号（第5条関係）

伊万里市幼児インフルエンザ予防接種費助成申請書（個人申請用）

伊万里市幼児インフルエンザ予防接種費助成申請書兼請求書

令和 年 月 日

伊万里市長 様

申請者（保護者）住 所
氏 名 印

下記のとおり、インフルエンザ予防接種を実施しましたので、伊万里市幼児インフルエンザ予防接種費助成事業実施要綱第5条第1項第3号の規定により、**助成金2,000円**を申請します。助成金については、下記口座への振込みをお願いします。

幼 児 住 所	伊万里市 町 番地 電話（ ）		
幼 児 氏 名	男・女	生年月日	平成・令和 年 月 日 (満 歳)
接種状況	1 不活化ワクチンを2回接種 2 経鼻弱毒生ワクチンを接種		

〔医療機関証明欄〕

上記の幼児に、令和 年 月 日にインフルエンザ予防接種を実施し、接種料金_____円を受領しました。

住 所
医療機関名
代表者名 印

「助成金振込先」

_____銀行・農協・金庫・組合	フリガナ 口座名義
_____本店（所）・支店	口座番号 普通・当座
_____支所・出張所	申請者と口座名義人が異なる場合は、名義人への領収権の委任とします。

〔保護者等 ⇒ 保険医療機関証明 ⇒ 保護者等 ⇒ 市子育て支援課子育て支援係〕

伊万里市子育て支援課 TEL0955-23-2310（直通）