

※提出の際は予診票（写しも可）を添付してください。

第3号様式（第6条関係）

## 記入例

### インフルエンザ接種費用助成金請求書

被接種者氏名	安達 健太 (男・女)	生年月日	平成◇◇年9月23日 (9歳 1月)
被接種者住所	二本松市 油井字砂田101	電話番号	55-5109
予防接種名	インフルエンザワクチン		
接種医療機関名	名称	医療法人 あだちこども病院	
	所在地	二本松市油井字濡石1番地2	
助成金請求額	円		
予防接種助成金振込金融機関名	銀行 △△△△金庫 農協	本店 ▲▲支店	口座番号 0123456
	(フリガナ) 口座名義人	アダチ ヤスコ 安達 保子	口座の種類 普通・当座

### インフルエンザ接種料金受領証明書

(医療機関において記入・押印願います。)

予防接種名	インフルエンザワクチン		
被接種者氏名	安達 健太		
受領金額	4,000円		
令和☆☆年 11月 2日	医療機関	所在地	二本松市油井字濡石1番地2
	名称	医療法人 あだちこども病院	
	氏名	病院長 ○○ ○○	

病院長  
之印  
朱肉  
使用

上記のとおり請求いたします。

令和☆☆年 12月 3日

二本松市長 様

病院長で証明願います。

接種医では、証明不可  
(ただし、院長が接種医である場合を除く)

請求者 住所 二本松市油井字砂田101

氏名 安達 保子

被接種者との続柄 (母)

注) 請求者と口座名義人が一致していない場合は、委任状が必要となります。

朱肉使用

下線以下は記入不要です。

(丁) 下記のとおり助成する。

課長		係長		係員		起 案	
						令和	年 月 日
助成金請求額		円	助成金決定額		円	助成決定年月日	令和 年 月 日
依頼書記号番号			健第 号		予診票確認者印		