

様式第4号（第8条関係）

東かがわ市子どもインフルエンザ予防接種費用助成金（償還払）申請書

年 月 日

東かがわ市長 宛

申請者 住 所 _____

氏 名 _____

続 柄 _____

電話番号 _____

東かがわ市子どもインフルエンザ予防接種費用助成事業実施要綱第8条第2項の規定により、次のとおり申請します。

フリガナ				生年月日		年 月 日	
接種者の氏名							
接種者の住所		☐ 申請者と同じ 東かがわ市					
申請額		円					
内 訳	1回目	接種日	年 月 日		接種日年齢（ 歳）		
		接種医療機関			金額	円	
	2回目	接種日	年 月 日		接種日年齢（ 歳）		
		接種医療機関			金額	円	

添付書類

- ・医療機関が発行した領収書

ただし、①予防接種の種類、②接種者氏名、③接種年月日、④医療機関の名称及び領収印が記載、押印されていること。