様式第1号（第 8 条関係）

年　　月　　日

丸亀市長　宛

〒
申請者住所
申請者氏名　　（被接種者との関係：　　）
電話番号

丸亀市こどものインフルエンザ任意予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

インフルエンザ予防接種費の助成を受けたいので、丸亀市こどものインフルエンザ任意予防接種費用助成事業実施要綱第 8 条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請・請求します。なお、この申請にあたり、住民基本台帳等の確認をすることに同意します。

記

1　被接種者

（フリガナ） 被接種者氏名		生年月日	H・R　　年　　月　　日 （ **接種日** 年齢　　歳 ）
被接種者住所	丸亀市		

2　振込先

銀行名		支店名	
口座名義（カナ）			
口座種別	普通 ・ 当座	口座番号	

※訂正がある場合は、訂正箇所を二重線で抹消の上、訂正印を押印いただくか、二重線付近に申請者の署名（フルネーム）が必要です。

3　添付書類

⑴接種した医療機関の領収書の原本
⑵予防接種の記録が確認できる書類（母子健康手帳、予防接種済証、予診票の写し等）
⑶申請者（保護者）の本人確認書類の写し
⑷振込先金融機関の口座名義及び口座番号を確認することができる書類の写し（申請者本人名義のものに限る。）