様式第２号（第７条関係）

鳥羽市小児インフルエンザ予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

年　　月　　日

鳥羽市長　　宛

請求者（保護者）住所　鳥羽市

氏名

電話番号

鳥羽市インフルエンザ予防接種費用助成事業実施要綱第７条の規定により、下記のとおり助成金の交付を申請します。

１　交付申請額　　円

２　交付対象

接種対象者	生年月日	接種日	医療機関名	ワクチンの種類	助成額
		年　月　日		注射・経鼻	円
		年　月　日		注射・経鼻	円
		年　月　日		注射・経鼻	円
		年　月　日		注射・経鼻	円
		年　月　日		注射・経鼻	円
		年　月　日		注射・経鼻	円
		年　月　日		注射・経鼻	円
		年　月　日		注射・経鼻	円
				助成金額合計	円

※１　接種費用と下表の支払上限額※２のいずれか低い金額を記入

ワクチンの種類	支払上限額※２	対象年齢（接種日時点）	助成回数（１人につき１種類のみ）
注射	2,000 円	生後６か月～12 歳	２回まで
経鼻	4,000 円	２歳～12 歳	１回

振込口座

金融機関名	銀行・農協 信金・信組		本店・支店 出張所
預金種別	普通　・　当座	口座番号	
フ リ ガ ナ			
口座名義			