様式第１−１号（第２条関係）　　（１歳～中学３年生用）

中学生以下インフルエンザ予防接種料金助成申請書兼請求書（登録医療機関接種用）

朝倉市長

今回接種したインフルエンザ予防接種は、任意の予防接種であることを理解したうえで、朝倉市インフルエンザ予防接種料金の助成に関する要綱第６条の規定により、次のとおり助成の申請及び請求します。また、

【登録医療機関名】

【代　　表　　者】

を代理人と定め、助成金の請求及び受領に関する一切の権限を委任します。なお、助成を受けるにあたり、私の世帯の住民記録の調査に同意します。

※太枠の中を記入してください。　　年　　月　　日

被接種者（受けた人）	(フリガナ)		住所	〒　　－ 朝倉市
	名　　前			
	生年月日	年　　月　　日 （　　歳）		電話番号
保護者（申請・請求者）	(フリガナ)		住所	〒　　－ 朝倉市 ※被接種者と同じ場合は、「同上」で可
	名　　前	㊞		
	続　　柄	※被接種者から見た続柄を記入		電話番号
接種日		インフルエンザ予防接種実施証明のとおり		
請求額		円　（予防接種料金が3,000円未満の場合は、当該接種料金の額を請求。） ※接種１回あたりの助成額「3,000円」を請求してください。 ※生活保護世帯の方は全額助成となるため、接種料金額をそのまま記入してください。		

インフルエンザ予防接種実施証明

接　種　回　数 （　○で囲んで下さい。）	**1** 回目	**2** 回目
接　種　日	年　　月　　日	
予防接種料金	円	

上記のインフルエンザ予防接種を実施したことを証明する。

年　　月　　日

【医療機関】　所在地

名　称

代表者　　㊞

※1回接種するごとに、この様式を医療機関へ提出してください。