様式第１－２号（第２条関係）　（妊婦用）

妊婦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】　**医療機関が予め記入**

【代　表　者】　**医療機関が予め記入**

※太枠の中を記入してください。　　〇〇年 〇月 〇日

被接種者（申請・請求者）	(フリガナ)	アサクラ　ハナコ	住所	〒838－0061
	名　前	朝 倉 花 子 ㊞		朝倉市
				菩提寺412-2
	生年月日	〇年〇月〇日		電話番号 22-1111
		（　〇歳）		
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		医療機関が予め記入　円　※接種１回あたりの助成額「3,000円」を請求してください。（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。）※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

医療機関が予め記入	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

医療機関が予め記入

【医療機関】　所在地

名　称

代表者　㊞

様式第１－２号（妊婦用）　記入例

※市が登録する医療機関で予防接種を受ける場合は、本来被接種者が支払う予防接種料金を、市が被接種者に代わり医療機関へ支払うことで助成を行なったものとします。被接種者は、助成金の請求・受領を医療機関の代表者に委任）

◆太枠の中を記入してください。
※接種日、請求額は記入する必要はありません。

◆印鑑は朱肉で押印してください。
※スタンプ式印では助成できません。
◆住所が同じ場合は、保護者住所欄は「同上」でかまいません。

◆接種日、請求額（医療機関が予め記入）は記入しないで下さ

◆記入不要です。
※医療機関が記入します。

注意

※助成の対象となる接種期間は10月1日～1月31日までです。