別記様式（第６条関係）

インフルエンザ予防接種料金助成申請書兼請求書

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をいたします。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料金領収証明のとおり			
請求額	※3,000円×接種回数 円　ただし、接種料金が3,000円未満の場合は、接種料金額×接種回数。 ※生活保護世帯の方は、接種料金の合計額が請求額になります。			
振込先金融機関	銀行・農協・信用金庫・信用組合　本店・支店・出張所・営業部		預金種別	普通　・　当座
	(フリガナ) 口座名義人		口座番号	

インフルエンザ予防接種料金領収証明

1回目	接　種　日	年　月　日	**2回目**	接　種　日	年　月　日
	予防接種料金	円		予防接種料金	円

上記のインフルエンザ予防接種料金は、領収済みであることを証明する。

年　月　日

【医療機関】

所在地

名　称

代表者　㊞

（2回目も同様）

※予防接種終了後、医療機関で記入してもらってください。

提出先（郵送不可）

※申請者本人が次のいずれかの窓口へ直接提出してください。（様式に押印した印鑑をお持ちください。）

健康課	朝倉市甘木232-1	TEL 22－8571
朝倉支所　市民窓口係	朝倉市宮野2046-1	TEL 52－1523
杷木支所　市民窓口係	朝倉市杷木池田483－1	TEL 62－1950

提出期限　2/26（金）