別記様式（第６条関係）　　（１歳～中学生用）

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。　　〇〇 年 〇 月〇 日

被接種者（受けた人）	（フリガナ）	アサクラ　タロウ	住所	〒838−0061 朝倉市 菩提寺412-2
	名　前	朝　倉　太　郎		
	生年月日	〇 年 〇 月 〇 日 （　〇歳）		電話番号 22-1111
保護者（申請・請求者）	（フリガナ）	アサクラ　ハナコ	住所	〒　− 朝倉市　同上 ※被接種者と同じ場合は、「同上」で可
	名　前	朝　倉　花　子　印		
	続　柄	母 ※被接種者から見た続柄を記入		電話番号 同上
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		〇,〇〇〇円		※3,000円×接種回数 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		〇×（銀行／農協／信用金庫／信用組合）　△口（本店／支店／出張所／営業部）	預金種別	（普通）・当座
	（フリガナ）	アサクラ　ハナコ	口座番号	1234567
	口座名義人	朝　倉　花　子		

インフルエンザ予防接種料金領収証明

1回目		2回目	
接　種　日	〇〇年 〇 月 〇 日	接　種　日	〇〇年 〇 月 〇 日
予防接種料金	〇,〇〇〇円	予防接種料金	〇,〇〇〇円
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。 〇〇 年　〇 月　〇 日 【医療機関】 所在地　〇〇市△△××番地 名　称　ＡＢＣ医院 代表者　〇　〇　〇　〇　印		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。 〇〇 年　〇 月　〇 日 【医療機関】 所在地　〇〇市△△××番地 名　称　ＡＢＣ医院 代表者　〇　〇　〇　〇　印	

※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。（使用した印鑑と通帳をお持ちください）			提出期限
	健康課	朝倉市甘木232−1	TEL 22−8571	2/26（金）
	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	

記入例（1歳～中学3年生用）

提出書類

※必ず、連絡の取れる電話番号を記載してください。

①【領収証明が**ある**場合】
- **申請書兼請求書**

②【領収証明が**ない**場合】
- **申請書兼請求書**
- **病院が発行した領収書**
- **母子手帳のコピー（予防接種の記録欄）**

※生活保護世帯の方は生活保護受給証明書を申請書に添付してください。

◆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。

◆請求額は、3,000円×接種回数。ただし、接種料金が3,000円未満であった場合は、接種料金×接種回数を請求してください。
生活保護世帯の方（生活保護受給証明書の提出がある場合に限る）は、接種料金の合計額が請求金額になります。

◆振込先は、原則、申請者（保護者）本人の口座になります。

◆記入不要です。
接種後、医療機関に記入してもらってください。
※1回目と2回目の予防接種を異なる医療機関で受けた場合は、それぞれの医療機関に記入してもらってください。

提出期限：2月26日（金）

※予防接種終了後は早めに申請してください。
また、申請時には、様式に押印した印鑑と通帳をお持ちください。