別記様式（第６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

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、朝倉市妊婦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します。

※太枠の中を記入してください。

○○ 年 ○月 ○日

申請・請求者（被接種者）	（フリガナ）	アサクラ　ハナコ	住所	〒838 － 0061 朝倉市 菩提寺412-2
	名　前	朝 倉 花 子 ㊞		
	生年月日	○年 ○月 ○日		電話番号 22-1111
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		○，○○○円 ※3，000円 ただし、接種料金が3，000円未満の場合は接種料金額を記入 ※生活保護の方は、接種料金と同額になります。		
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） アサクラ　ハナコ	口座番号	1234567
		口座名義人 朝 倉 花 子		

※　添付書類　　予防接種を受けたことを証する書類

インフルエンザ予防接種料金領収証明

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料金は、領収済であることを証明する。

○ 年 ○ 月 ○ 日

【医療機関】　所在地　○○市△△××番地

名　称　ABC医院

代表者　○　○　○　○　　㊞

記入例（妊婦用）

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（接種料金が分かる明細書含む）**

※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。

◆請求額は、3,000円。ただし、接種料金が3,000円未満であった場合は、接種料金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、接種料金が請求金額になります。

◆振込先は、原則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。

※助成金の振込は、申請した月の翌月に振込処理を行うため、**申請日より約1か月程度かかる場合があります**。

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。