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】

【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。

※太枠の中を記入してください。　　年　　月　　日

被接種者（申請・請求者）	(フリガナ)		住所	〒　　－ 朝倉市
	名　　前	㊞		
	生年月日	年　　月　　日 （　　歳）		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　※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

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　　㊞