

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。
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。

年 月 日

※太枠の中を記入してください。

被接種者 （受けた人）	(フリガナ)		住所	〒 ー		
	名 前			朝倉市		
	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	〒 ー		
	名 前	印		朝倉市		
	続 柄	※被接種者から見た続柄を記入		電話番号		
接種日						
請求額		円				
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 番号		
	口座名義人					

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 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。 年 月 日 【医療機関】 所在地 名 称 代表者 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。					