

中学生以下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】 富田小児科医院

【代 表 者】 中村 舞

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。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	〒 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		※被接種者と同じ場合は、「同上」で可 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		※接種1回あたりの助成額「3,000円」を請求してください。 3,000 円 (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 回 数 (○で囲んで下さい。)	1 回目	2 回目
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 朝倉市甘木760
名 称 富田小児科医院
代表者 中村 舞 印

※1回接種するごとに、この様式を医療機関へ提出してください。