

インフルエンザ予防接種助成金請求書

※【助成金の額】18歳以下の方：1回あたり1,000円、妊婦の方：1回3,000円

交付助成対象者（種別）					※決定金額	
1. 満1歳以上18歳以下の者でかつ年度末年齢が18歳まで（高校3年生相当）の者 2. 妊婦である者					円	
被接種者氏名	生年月日	続柄	実施年月日	支払額	対象者 種別番号	
	年 月 日		年 月 日	円		
	年 月 日		年 月 日	円		
	年 月 日		年 月 日	円		
	年 月 日		年 月 日	円		
	年 月 日		年 月 日	円		
合 計				円		
振込口座	銀行・信金・農協・信組 支店 普通・当座 口座番号 名義人					
上記のとおりインフルエンザ予防接種を受けたので、助成金を請求します。 天栄村長 様 年 月 日 住 所 電話番号 請求者 氏 名 続 柄（ ）						

- 《添付書類》
- ・請求書に医療機関発行の領収書の原本と通帳の写し(名義人、銀行名（本・支店）、口座番号のわかる部分)を添付してください。
 - ・領収書には、被接種者氏名・予防接種名・予防接種額が明記されている必要があります。
 - ・医療費の領収書に予防接種の費用が含まれている場合は、領収書の写しに接種済証又は母子健康手帳等の記録の写しを添付してください。

- 《注意事項》
- ・13歳未満の方は2回分助成が受けられます。年度内2回分まとめて請求することが可能です。
 - ・助成金の振込先は、本人または子どもの保護者の口座となります。原則、請求者と振込口座名義人は同一としてください。
 - ・入金までに1か月程度かかりますので、ご了承ください。
 - ・予防接種費用は医療費控除の対象にはなりません。