

綾川町長 殿

申請者住所

氏名

(被接種者との関係 )

**綾川町子どもインフルエンザ予防接種費償還払申請書兼請求書**

予防接種の償還払を受けたいので、綾川町子どもインフルエンザ予防接種費用助成要綱の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請・請求します。

なお、この申請にあたり、住民基本台帳及び医療機関等における情報を町が確認することに同意します。

**1 被接種者**

(フリガナ)			生年月日		
被接種者氏名		男・女	年	月	日
			( )歳		
住所	綾川町				
電話番号					

**2 予防接種**

※請求金額欄は記入しないでください

予防接種の種類	接種年月日	支払料金(a)	請求金額※
<input type="checkbox"/> インフルエンザ1回目	年 月 日		
<input type="checkbox"/> インフルエンザ2回目	年 月 日		

※ 請求金額は、支払料金(a)と支払上限額(b)のいずれか低い金額になります。

ワクチン	年齢区分	支払上限額(b)
不活化	生後6か月～13歳未満	1,500円
	13歳以上～18歳年度	1,500円
生	2歳以上～18歳年度	3,000円

**3 振込先**

銀行名	銀行農協	銀行コード				支店名	支店コード		
(フリガナ)									
口座名義									
口座種別	普通 ・ 当座				口座番号				

これより以下は記入しないでください。

**【事務処理欄】**

ck	年齢区分	接種回数	支払上限額	各助成額	決定助成額合計
不活化	生後6か月～13歳未満	1回目・2回目	1,500円		
	13歳以上～18歳年度	1回	1,500円		
生	2歳以上～18歳年度	1回	3,000円		

#### 4 関係書類

- (1) 医療機関の領収書(予防接種の種類と金額が分かるもの)
- (2) 予防接種の記録が記載されているもの
- (3) 振込先口座情報が確認できるもの

