

令和 年 月 日

（あて先）甲 府 市 長

妊婦のインフルエンザ（任意）予防接種費用償還払い申請書兼請求書

（1）申請者（接種を受けた人）

ふりがな	
氏名	印 ※朱肉を使う印鑑を使用してください
住所	〒 -
電話番号	()

インフルエンザ予防接種費用の償還払いを受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請・請求します。

なお、必要があるときは、住民基本台帳の調査及び予防接種の実施状況について医療機関に確認を行うことに同意します。

（2）申請金額

円

（3）振込先

金融機関名		支店	
預金種別	普通	当座	口座番号
口座名義	(フリガナ)		

振込先の口座名義を申請者以外の方にする場合は、下記委任状に記入及び捺印が必要です。

委任状			
私は、本件に係る助成金の受領を上記の口座名義人に委任します。			
年	月	日	申請者 印

※次の必要書類を忘れずに添付してください。

1 予防接種の料金が確認できる領収書（原本）
2 母子健康手帳の写し ※表紙部分と、分娩（出産）予定日が確認できるページの写し
3 振込先の口座情報が確認できる書類（通帳）の写し

※提出・お問い合わせ先

〒400-0858 甲府市相生 2 - 1 7 - 1 健康支援センター 医務感染症課宛て TEL 055-242-8176
