

様式第1号（第6条関係）

みよし市インフルエンザ任意予防接種費用助成金交付申請書

年 月 日

みよし市長 様

(申請者) 住所 みよし市
 氏名
 電話番号

※被接種者が未成年(18歳未満)の場合は、被接種者の保護者等を申請者とする。

(被接種者) 住所 □申請者と同じ
 氏名
 生年月日 平成 年 月 日 (歳)

助成対象の被接種者は、以下に該当する方です。該当する□にチェック及び必要事項の記入をしてください。

1 被接種者は、予防接種日から助成金交付申請日までみよし市に住民票を有する <input type="checkbox"/> 中学3年生である <input type="checkbox"/> 高校3年生相当である	2 今年度の申請について <input type="checkbox"/> 初めてである <input type="checkbox"/> 初めてでない ※「初めてでない」方は助成対象外です。 3 接種年月日 年 月 日 4 接種医療機関
---	---

下記のとおり、みよし市インフルエンザ任意予防接種費用助成金の交付を申請します。

記

	金 円	交付決定額	金 円	
申請額 (助成金額)	※申請額は、接種にかかった費用又は限度額5,000円のいずれか低い方の金額です。 ※当該任意接種費用について既に別の費用助成を受けている場合は、その助成額を差し引いた額が助成対象金額となります。 ※交付決定額は記入しないでください。			
誓約・同意事項	本申請分の任意接種費用について他から費用の助成を受けたことがありますか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	申請内容に相違があり助成対象に該当しなかった場合、又は偽りその他不正の手段により助成金の交付を受けた場合には、受領済みの助成金を返還することに同意しますか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
振込先	金融機関名	(フリガナ)	()	
	本支店名			
	預金種別			普通・当座
	口座番号			口座名義人

※振込先の口座名義人は、原則申請者と同一としてください。

※申請者氏名と異なる名義の口座に振り込みを希望される場合は、裏面に記入をお願いします。

裏面へ

※被接種者が成人の場合等、申請者氏名と異なる名義の口座に振り込みを希望される場合は、下欄に記入をお願いします。

委任状

私は、口座名義人に接種費用の受領に関する一切の権限を委任します。

年 月 日

委任者（申請者）

住所

氏名

※添付書類

- 本人確認書類（申請者・被接種者とも）
- 被接種者氏名・ワクチン名・接種費用が分かる領収書
- 振込先口座の分かるもの
- 委任状（申請者と口座名義人が異なる場合のみ必要）