申請期限：令和９年２月 26 日（金）

（様式第２号）

年　　月　　日

子どもインフルエンザ予防接種費用負担金 請求書

村山市長　あて

申請者

住　所　村山市＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

インフルエンザ予防接種の費用について助成していただきたく、関係書類を添えて申請します。

請求額＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿円

（被接種者：氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿　生年月日　＿＿＿＿＿＿　）

内訳

回数	医療機関名、接種日、 接種時年齢（月齢）	接種費用	請求額 （上限あり）
１回目	医療機関名 ＿＿＿＿＿＿＿＿ 接　種　日 ＿＿＿＿＿＿＿＿ 接種時年齢 ＿＿歳＿＿か月	円	円
２回目 （※）	医療機関名 ＿＿＿＿＿＿＿＿ 接　種　日 ＿＿＿＿＿＿＿＿ 接種時年齢 ＿＿歳＿＿か月	円	円

※1 回目接種時に、生後６か月～12 歳の方のみ

振込先：申請者名義の口座を記入してください

金　融　機　関　名	銀行・信金・農協						
支 店 名（本店は、〇で囲んでください）	支店・本店						
口座の種類（どちらかを〇で囲んでください）	普通　・　当座						
口　座　番　号							
口座名義（カタカナで記入してください）							

必要書類　この請求書とともに、次のものの写しをお持ちください。

① 医療機関発行の領収書及び診療明細書

② 児童扶養手当受給者証 または ひとり親家庭等医療証受給者証

③ 申請者名義の通帳