

申請期限：令和 8 年 2 月 27 日（金）

（様式 1）

年 月 日

子どもインフルエンザ予防接種費用助成金 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、○で囲んでください）	支店・本店
口座の種類（どちらかを○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申請者名義の通帳