

守口市インフルエンザ予防接種（任意接種）費用助成金交付申請書

令和 年 月 日

守 口 市 長 様

〒
(申請者) 住 所 守口市
氏 名 ⑩
電 話

下記のとおり、定期予防接種に係る接種料の交付を申請します。

予防接種を受けた人の 住 所 守口市

氏 名 (性別 : 女)

生年月日 昭和・平成 年 月 日生 (満 歳)

接 種 日 令和 年 月 日

予防接種の種類 インフルエンザ予防接種（任意接種）

申請金額 金 円 ※金額の訂正は認められません。

接種を受けた医療機関 名 称

住 所

電 話

(参考)

予防接種の種類	上限額
インフルエンザ予防接種（任意接種）	5,038円

還付の金額については、実際に支払った金額と上限額を比べ、低い方の金額を申請してください。

(同意書)

当該申請の交付決定にあたり、妊婦健診受診歴を確認することに同意し、必要に応じ、母子手帳交付時に申告した「妊娠を診断した医師」に確認をすることに同意します。

守口市インフルエンザ予防接種（任意接種）費用助成金交付申請書

令和 2 年 12 月 7 日

【申請者について】

予防接種を受けた本人の住所、氏名、電話番号をご記入ください。

申請者は、『請求書』の「請求者」及び「口座名義」と同一名義を記載してください。

詳しくは、『請求書』の注意事項を参照してください。

(申請者)

住 所

〒 570-0033

守口市 大宮通1-13-7

氏 名

守口 花子

電 話

06-6992-2217

下記のとおり、定期予防接種に係る接種料の交付を申請します。

予防接種を受けた人の 住 所 守口市 大宮通1-13-7

氏 名 守口 花子 (性別 : 女)

生年月日 昭和 平成 2 年 6 月 2 日生 (満 30 歳)

接 種 日 令和 2 年 11 月 2 日

予防接種の種類 インフルエンザ予防接種 (任意接種)

申請金額 金 3,500 円

※金額の訂正は認められません。

重要!

接種を受けた医療機関 名 称 △△医院

住 所 守口市〇〇町*丁目*番**号

電 話 06-69**-****

予防接種料補助金には
上限額があります。
接種費用が上限額を超えた場合、
その差額は本人負担となります。

(参考)

予防接種の種類	上限額
インフルエンザ予防接種 (任意接種)	5,038円

還付の金額については、実際に支払った金額と上限額を比べ、低い方の金額を申請してください。

(同意書)

当該申請の交付決定にあたり、妊婦健診受診歴を確認することに同意し、必要に応じ、母子手帳交付時に申告した「妊娠を診断した医師」に確認をすることに同意します。