

様式第1号-8

# 市川市子どものインフルエンザ予防接種費用助成申請書兼請求書

## 令和4年度 子どものインフルエンザ用

(接種期間 令和4年10月1日～令和5年1月31日)

対象者(接種日時点において生後6か月以上、小学6年生までの者)

市川市長

実費を支払って予防接種を受けましたので、接種費用

訂正される場合は、二重線を引き訂正印を  
押印してください。(修正テープ不可)

※太枠内を記入してください。(鉛筆・フリクション不可)

振込先口座名義人は、申請者と同一をお願いします。

振込先口座名義人と同一

対象者住所は住民登録のある住所を記入。

申請者氏名	市川 太郎	申請日	2022 年 11 月 1 日
対象者住所 (接種を受けた方)	市川市 南八幡4-18-8 (建物名)	申請者 電話番号	047 - 377 - 45xx
対象者氏名 (接種を受けた方)	(フリガナ) イチカワ ハナコ 市川 花子	対象者 生年月日 (西暦)	2015 年 11 月 1 日

住民登録の  
ある住所

振込先は、申請者の口座を記入してください。

振込先	金融機関名	千葉	銀行 信用金庫 農協・信用組合	金融機関コード	1	2	3	4		
	支店名	本八幡	本店 支店 支所・出張所	支店コード	1	2	3			
	口座種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	1	2	3	4	5	6	7
	口座名義 氏名	市川 太郎	口座名義 フリガナ	イチカワ タロウ						

支払金額は  
領収書金額と同一

接種したワクチン	インフルエンザ 1回目	インフルエンザ 2回目
接種年月日(西暦)	2022 年 10 月 20 日	1 月 5 日
支払金額	3,000 円	3,000 円

### 【添付書類】

1. 医療機関が発行した領収書の原本(写し不可)

※氏名、ワクチン名、ワクチンの接種料金、接種年月日が未記載の場合は、明細書等を添付

【市担当課記入欄】

【受領日】

確認者

--