

申請日 令和 年 月 日

(宛先) 鶴ヶ島市長

鶴ヶ島市こどものインフルエンザ予防接種費助成金の交付を受けたいので、下記1から4の事項に同意のうえ、必要書類を添えて申請します。(領収書等は貼付け欄へしっかり貼り付けて下さい。)

1. 助成資格の確認にあたり、公簿等で確認を行うことがあります。
2. 公簿等で確認できない場合は、関係書類の提出をお願いします。
3. 市が、申請された受取口座に振込手続後、記載間違い等の事由により振り込みが完了せず、かつ、申請期限までに、市が、申請者に連絡・確認できない場合には、市は当該申請が取り下げられたものと見なします。
4. 助成金受領後に助成要件を欠くに至った場合は、助成金を返還していただく場合があります。

【申請者】 ※以下、太枠内を記入してください

申請者 (保護者等)	(フリガナ) 氏名	生年月日	昭和・平成 年 月 日
	署名又は 記名押印		
住所	〒	被接種者との関係 ( )	日中連絡可能な電話番号 ( )

【被接種者】 ※同一世帯で複数のお子様が生じた場合は、接種完了後にまとめて記入してください。

	(フリガナ) 氏名	生年月日	年齢	接種費用 (1回目)	接種費用 (2回目)
①		平成・令和 年 月 日	歳	円	円
②		平成・令和 年 月 日	歳	円	円
③		平成・令和 年 月 日	歳	円	円
④		平成・令和 年 月 日	歳	円	円

【振込口座欄】 ※希望する受取方法(A又はB)の欄にチェックを入れて、振込口座情報をご記入ください。

 A 鶴ヶ島市において「特別定額給付金(10万円)」を受け取った口座への振込を希望 B その他の口座への振込を希望

金融機関名 (ゆうちょ銀行を除く) ※金融機関コード4桁を記入	支店名 ※支店コード3桁を記入	種類	口座番号	口座名義人 (カタカナで記入)
銀行・金庫 信組・信連 農協・その他	本・支店 本・支所 出張所	普通 当座		

ゆうちょ銀行	通帳記号 (6桁目がある 場合は※欄にご記入ください。)	通帳番号 (右詰で記入)	口座名義人 (カタカナで記入)
預金通帳の見開き左上またはキャッシュ カードに記載された記号・番号を記入	1 0 ※		

※職員確認欄

 領収書  医療費明細書 (インフルエンザの接種がわかるもの) 通帳・キャッシュカード (受取方法「A」の場合は、添付不要)

## 振込先口座確認書類 写し貼り付け欄（下記のいずれか）

※受取方法「A 鶴ヶ島市において「特別定額給付金(10万円)」を受け取った口座への振込を希望」の場合は、振込口座情報の記入のみで、通帳やキャッシュカードの写しの添付は不要です。

※受取方法「B その他の口座への振込を希望」を選ばれた場合に、通帳やキャッシュカードの写しの添付が必要となります。

- 通帳の最初のページの見開き部分の写し（名義人、金融機関名、支店名、コード、口座番号が確認できる部分を貼り付けてください。）
- キャッシュカードの写し（通帳がない場合）

ここに貼り付けてください

## 医療機関発行の領収書・明細書・接種済証等 原本又は写し貼付け欄

※接種したお子様の氏名、接種費用、接種種目（インフルエンザ）、接種日がわかるもの

※複数の場合は、少しずつずらして、貼ってください。

申請書①のお子様

申請書②のお子様

申請書③のお子様

申請書④のお子様

※貼り切れない場合は、裏面にわかるように貼ってください。