

様式第 1 号（第 4 条関係）

能美市妊婦インフルエンザ（任意）予防接種費用助成金申請書

年 月 日

能美市長 あて

（太枠内を記入してください。）

申請者 （接種者）	住 所	能美市		
	フリガナ			
	氏 名			
	生年月日	昭和 年 月 日 平成	電話番号	（日中連絡のつく電話番号）
	私は、能美市長が妊婦インフルエンザ（任意）予防接種費用助成金申請に係る事務を行うにあたり、住民基本台帳等を閲覧することを承諾します。 ☐ （承諾の場合□にチェックしてください）			

能美市妊婦インフルエンザ（任意）予防接種費用助成事業実施要綱第 4 条に基づき、インフルエンザ予防接種費用の助成を受けたいので必要書類を添えて申請します。

接種日	年 月 日	医療機関名	
-----	-------	-------	--

決定された助成金については、次の口座に振り込んでください。

振込先	金融機関名	銀 行 本店 信用金庫 支店 農業協同組合 支所	種 類
	口座番号（左詰）		1. 普 通 2. 当 座
	フリガナ		
	口座名義人		

※添付書類：(1) インフルエンザ予防接種に要した費用が確認できる領収書（令和 7 年 1 0 月 1 日以降に接種した予防接種名、接種日が明記されているもの。提出された領収書はお返しできません）

(2) 母子健康手帳の写し

(3) 通帳またはキャッシュカードの写し（口座番号を確認できる部分）

※接種月の翌月から数えて 6 か月以内に申請して下さい。それを過ぎると助成を受けることができません。

※令和 8 年 3 月 3 1 日までに接種したインフルエンザ予防接種費用までを助成対象とします。

市処理欄	助成決定年月日	年 月 日	助成決定額	円
------	---------	-------	-------	---