

年 月 日

倉吉市インフルエンザ予防接種費用助成金請求書

（宛先）

倉吉市長

次のとおりインフルエンザ予防接種を受けましたので、倉吉市インフルエンザ予防接種費用助成金を請求します。また、助成金の交付決定に当たり、住民登録、世帯の課税状況を調査されることに同意します。

住所  
請求者 氏名  
予防接種を受けた者との続柄（ ）  
電話番号

|      |   |
|------|---|
| 請求金額 | 円 |
|------|---|

|                         |                          |                                                                           |                |        |
|-------------------------|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------|----------------|--------|
| 1回目                     | 予防接種実施日                  | 年 月 日                                                                     | 予防接種実施医療機関等名称  | ※ 助成金額 |
|                         | 支払い金額                    | 円                                                                         |                | 円      |
| 2回目                     | 予防接種実施日                  | 年 月 日                                                                     | 予防接種実施医療機関等名称  | ※ 助成金額 |
|                         | 支払い金額                    | 円                                                                         |                | 円      |
| 予防接種を受けた者               | ふりがな                     |                                                                           |                |        |
|                         | 氏 名                      |                                                                           |                |        |
|                         | 住 所<br>(請求者と異なる場合記入)     |                                                                           |                |        |
|                         | 生年月日                     |                                                                           | 年 月 日 ( ) 歳    |        |
| 区分<br>(該当する欄に○をしてください。) | 1 高齢者等                   | 助成券の使用の有無                                                                 | 使用した ・ 使用していない |        |
|                         | 2 幼児<br>3 障がい児・者<br>4 乳児 | 1 生活保護世帯に属している方<br>2 市町村民税非課税世帯に属している方<br>3 委託（協力）医療機関等以外の医療機関等で予防接種を受けた方 |                |        |

備考 添付書類

- (1) 医療機関等が発行する領収証書又はその写し  
(2) 予防接種を受けた方が市町村民税非課税世帯に属する者であることを証明する書類(市町村民税非課税世帯に属する者に該当するときに限ります。)。市が、市町村民税非課税世帯であることを確認できる場合は、省略することができます。  
(3) インフルエンザ予防接種済証その他の予防接種を受けたことが分かる書類の写し(高齢者等の場合に限ります。)

|            |
|------------|
| 担当者<br>確認印 |
|            |

（宛先）

会計管理者

助成金を、次の口座に振り込んでください。

|     |       |              |        |  |
|-----|-------|--------------|--------|--|
| 振込先 | 金融機関名 |              | 支店名    |  |
|     | 預金種別  | 普通 ・ その他 ( ) | (ふりがな) |  |
|     | 口座番号  |              | 口座名義人  |  |

添付が必要な書類

① 医療機関発行の領収証書

② 振込先がわかるもの（通帳など）の写し

③ 接種日の記載のある母子健康手帳の写し（乳幼児・障がい児の場合）

記入例

令和 〇年 〇月 〇日

倉吉市インフルエンザ予防接種費用助成金請求書

(宛先)  
倉吉市長

令和 7 年 3 月 31 日まで

次のとおりインフルエンザ予防接種を受けましたので、倉吉市インフルエンザ予防接種費用助成金を請求します。また、助成金の交付決定に当たり、住民登録、世帯の課税状況を調査されることに同意します。

請求者

住所 倉吉市〇〇町〇〇番地

氏名 倉吉 太郎

予防接種を受けた者との続柄（ 本人 ）

電話番号 0123-45-6789

| 請求金額                    |                      | 記入不要                                                                      |                   | 円      |
|-------------------------|----------------------|---------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------|
| 1 回目                    | 予防接種実施日              | 令和 〇年 〇月 〇日                                                               | 予防接種実施医療機関等名称     | ※ 助成金額 |
|                         | 支払い金額                | 〇〇〇〇〇 円                                                                   | くらよし太郎病院          | 記入不要 円 |
| 2 回目                    | 予防接種実施日              | 令和 〇年 〇月 〇日                                                               | 予防接種実施医療機関等名称     | ※ 助成金額 |
|                         | 支払い金額                | 〇〇〇〇〇 円                                                                   | くらよし太郎病院          | 記入不要 円 |
| 予防接種を受けた者               | ふりがな                 |                                                                           | くらよし たろう          |        |
|                         | 氏 名                  |                                                                           | 倉吉 太郎             |        |
|                         | 住 所<br>(請求者と異なる場合記入) |                                                                           |                   |        |
|                         | 生年月日                 |                                                                           | 〇年 〇月 〇日 ( ●● ) 歳 |        |
| 区分<br>(該当する欄に○をしてください。) | ① 高齢者等               | 助成券の使用の有無                                                                 | 使用した ・ 使用していない    |        |
|                         | 2 幼児                 |                                                                           |                   |        |
|                         | 3 障がい児・者             |                                                                           |                   |        |
|                         | 4 乳児                 |                                                                           |                   |        |
|                         |                      | 1 生活保護世帯に属している方<br>2 市町村民税非課税世帯に属している方<br>③ 委託（協力）医療機関等以外の医療機関等で予防接種を受けた方 |                   |        |

- 備考 添付書類
- (1) 医療機関等が発行する領収証書又はその写し

(2) 予防接種を受けた方が市町村民税非課税世帯に属する者であることを証明する書類（市町村民税非課税世帯に属する者に該当するときに限ります。）。市が、市町村民税非課税世帯であることを確認できる場合は、省略することができます。

(3) インフルエンザ予防接種済証その他の予防接種を受けたことが分かる書類の写し（高齢者等の場合に限ります。)
- 担当者

確認印

(宛先)  
会計管理者  
助成金を、次の口座に振り込んでください。

請求者名義の口座を記入

|     |       |               |        |          |
|-----|-------|---------------|--------|----------|
| 振込先 | 金融機関名 | 〇〇銀行          | 支店名    | 〇〇支店     |
|     | 預金種別  | 普通 その他 ( )    | (ふりがな) | くらよし たろう |
|     | 口座番号  | 1 2 3 4 5 6 7 | 口座名義人  | 倉吉 太郎    |