

様式第 3 号（第 1 1 条関係）

我孫子市高齢者インフルエンザ等予防接種費用助成金交付申請書
（定期接種用）

年 月 日

我孫子市長 あて

住 所
申請者 氏 名
電話番号

我孫子市高齢者インフルエンザ等予防接種費用助成金の交付を受けたいので、次のとおり次申請します。また、生活保護世帯又は中国残留邦人等支援給付受給世帯である場合は、その該当の有無について、市が保有する公募等により市職員が確認することに同意します。

フリガナ 被接種者 氏 名			個人番号													
			生年月日 (年 齢)	年 月 日 (歳)												
	高齢者インフル エンザ予防接種	高齢者新型 コロナ予防接種	高齢者帯状疱疹 予防接種	高齢者肺炎球菌 感染症予防接種												
接種年月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日												
			年 月 日													
支 払 額	円	円	円	円												
申 請 額	円	円	円	円												
次のいずれかに該当する方は、該当する番号に○を付けてください。																
1 生活保護世帯																
2 中国残留邦人等支援給付受給世帯																

- 添付書類
- 1 予防接種に係る領収書（原本）
 - 2 その他市長が必要と認める書類