

小児慢性特定疾病医療受給者に係るインフルエンザ予防接種費用助成申請書

年 月 日

(宛先) 津市長

住所
申請者（保護者）氏名
電話

インフルエンザ予防接種費の助成を接種料に係る領収書を添えて次のとおり申請します。なお、この申請の審査を目的として、津市が支給に係る必要な個人情報調査することに同意します。

対象者名	生年月日	接種日	接種金額	接種医療機関名
	年 月 日	年 月 日	円	
		年 月 日	円	
助 成 額 (請求額)	円			

*請求できる額は、3,000円を上限とします。

振込口座

金融機関名	本・支店等名称	分類	口座番号（右詰めでお書き下さい）					
銀行 農協 信用金庫	本・支店	1. 普通						
	本・支所	2. 当座	申請者口座名義（カタカナ）					
	出張所							

----- こちらはHCにて記入 -----

【保健センター使用欄】	申請者（保護者）	受付者	受付印
	宛名番号		
☐ 対象者：接種日に1歳～小学6年生 ☐ 小児慢性疾病医療費医療受給者証コピー ☐ 領収書コピー ☐ 通帳コピー		HC	
	郵便番号	()	
	〒 -		

委 任 状

令和 年 月 日

津市長

委任者

住所
(団体名)
氏 名

印

受任者

住所
(団体名)
氏 名

下記に係る受領に関する権限を委任したので申し出ます。

記

1 支払内容 小児慢性特定疾病医療受給者に係るインフルエンザ予防接種費用助成金

2 支払方法 口座振込

	銀行 農協		支 店 出張所	普通 当座
口座番号		フリカナ 口座名義人		

接種日以降の日付で申請

小児慢性特定疾病医療受給者に係るインフルエンザ予防接種費用助成申請書

(あて先) 津市長

令和 年 月 日

住所 津市安濃町〇番地

申請者（保護者） 氏名 津市 太郎

電話 268-〇〇〇〇

インフルエンザ予防接種費の助成を接種料に係る領収書を添えて次のとおり

申請します。なお、この申請の審査を目的として、津市が支給に係る必要な個

人情報を調査することに同意します。

令和6年10月1日～令和7年1月31日

平成24年4月2日～令和6年1月31日【接種日に1歳以上】

対象者名	生年月日	接種日	接種金額	接種医療機関名
津市 花子	年 月 日	年 月 日	円	〇〇小児科
		年 月 日	円	〇〇クリニック
助成額 (請求額)	3,000 円			

*請求できる額は、3,000円を上限とします。

小児慢性特定疾病医療費医療受給者証及び領収書の氏名と同一

申請者と口座名義人は同一

振込口座

金融機関名	本・支店等名称	分類	口座番号（右詰めでお書き下さい）
銀行	本・支店	1. 普通	
農協	本・支所		
信用金庫	出張所	2. 当座	
			申請者口座名義（カタカナ）
			ツシ タロウ

郵送申請の送り先住所

〒514-8611 津市西丸之内23番1号 津市健康づくり課

これを切り取って封筒に貼り、110円切手を貼って送付してください。



〒514-8611

津市西丸之内23番1号

津市健康づくり課 行

申請者と口座名義人が同じでない場合は、別紙「委任状」が必要です。委任状の「委任者」は申請者、「受任者」は口座名義人を記入し、口座名義人の振込口座の情報を記入してください。