

年 月 日

令和6年度多賀城市国民健康保険インフルエンザ予防接種費用助成金支給申請書

多賀城市長 殿

申請者 住所
(保護者) 氏名
電話

令和6年度多賀城市国民健康保険インフルエンザ予防接種に係る助成事業実施要領の規定に基づき、下記のとおり申請します。
なお、申請内容の審査のため必要がある場合は、予防接種を受けたことについて医療機関等から情報提供を受けること及び対象者の住民登録に係る情報を閲覧することについて同意します。

記

申請額	円	1回 2,000円を上限に助成
-----	---	-----------------

該当する区分の番号のいずれかに○をしてください。

助成区分	1	多賀城市国民健康保険被保険者（13歳以上） 1回接種
	2	多賀城市国民健康保険被保険者（13歳未満） 2回接種のうち1回目
	3	多賀城市国民健康保険被保険者（13歳未満） 2回接種のうち2回目

※年齢は、接種日現在の満年齢

予防接種をした方の氏名等	被保険者番号	み多 A
	フリガナ氏名	
	生年月日・年齢	年 月 日 （ 歳）※年齢は、接種日現在の満年齢
	世帯主の氏名	
	住民登録の住所（接種日現在）	※接種日の住所と住民登録の住所が異なる場合に記載すること。
	接種料金	円
	接種年月日	年 月 日
	接種医療機関等の名称	

金融機関（振込先）	銀行名		支店名	
	預金種目	普通・当座	金融機関コード	
	口座番号			
	フリガナ口座名義人			

※申請手続に必要なもの
(1) 予防接種の領収書
(2) 振込先金融機関の預金通帳の写し