

様式第3号（第7条関係）

敦賀市こどものインフルエンザ予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

令和8年**月**日

敦賀市長 あて

申請者 住所 〒914-****
敦賀市中央町1-2-＊
氏名 敦賀 △△
(接種対象者との関係 母)
電話 090-1111-****

敦賀市こどものインフルエンザ予防接種費用助成金の交付を受けたいので、敦賀市こどものインフルエンザ予防接種費用助成金交付要綱第7条の規定により関係書類を添え申請するとともに、次のとおり助成金の交付を請求します。

なお、助成の決定にあたり、接種対象者の住民登録について確認することに同意します。

1 接種対象者氏名、生年月日（学年）、接種年月日、接種医療機関名、接種ワクチンの種類

(ふりがな)	つるが ●●●●		
接種対象者氏名	敦賀 ●●		
生年月日(学年)	平成21年1月**日（小・中・高 3年）		
接種年月日	1回目 : 令和8年**月**日 2回目 : 年 月 日		
接種医療機関名	◆◆医院	接種ワクチンの種類	HAワクチン・経鼻

2 助成金請求額

		請求金額 金 1,000 円										申請者名義の口座を 指定してください。		
振 込 先	金融機関名	●×●銀行 敦賀支店												
	預金種別	普通・当座			(フリガナ) 口座名義人		ツルガ △△△ 敦賀 △△							
	口 座 (右詰記入)	店番号			口座番号									
		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*		

申請者名義の口座を
指定してください。

※添付書類

- (1)領収書の原本（接種対象者氏名、医療機関名、予防接種の種類、接種日、領収金額、領収印が明記してあるもの）
- (2)助成金の振込先金融機関と口座の分かる通帳の写し