

様式第 1 号（第 7 条関係）

松本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実績報告書

年 月 日

（宛先）松本市長

申請者

住所

氏名

（接種対象児童との関係： ）

電話番号

松本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、松本市こどものインフルエンザ予防接種費用助成要綱第 7 条第 1 項の規定に基づき、関係書類を添えて下記とおり申請します。

記

1 被接種児童

被接種児童氏名		生年 月日	年 月 日
住 所			
市外医療機関で 接種した理由			

2 インフルエンザワクチンの接種内容

ワクチン名	接種日	医療機関名	接種費用 (支払った金額) ①	助成上限額 ②	申請金額 (①と②の低い方の 金額)

3 添付書類

接種医療機関領収書

インフルエンザ予防接種記録（母子健康手帳、予診票の写し等）