

年 月 日

妊婦インフルエンザ予防接種助成申請書（償還払い）

立川市長 殿

立川市が指定している医療機関以外で季節性インフルエンザワクチンの予防接種をしたため、立川市妊婦インフルエンザ予防接種助成事業実施要綱第 8 条に基づき予防接種費用の助成金について、次のとおり関係書類を添えて申請します。

被接種者 (申請者)	住 所						
	氏 名						
	生年月日	年		月		日	
	電話番号						
接種医療機関							
接 種 日		年		月		日	
助 成 金 額		円		※上限 1,500 円（自己負担額が 1,500 円未満の場合は自己負担額と同額）			

振込先

※口座名義は被接種者（申請者）のものに限ります。

金 融 機 関 名				支 店 名			口 座 番 号 (右詰め)					
金融機関コード				支店コード								
口 座 種 別		口座名義										
普通・当座		フリガナ										

【添付書類】

- ・領収書の写し（インフルエンザワクチンを接種したことが明記されていること）
- ・母子手帳の写し（表紙部分など 妊娠中であることがわかるところ）