

記入例

高齢者(R8年度接種分)

インフルエンザ予防接種費用償還払い申請書

令和 年 月 日

新潟県糸魚川市長 様

【注意】 申請期限はR9年3月31日までです

申請者 (被接種者)	氏 名	ぬながわ たろう	生 年 月 日			
		奴奈川 太郎	大正 昭和	3	年	2 月 1 日生
	住 所				電 話 番 号	
	糸魚川市〇〇321-45				123-4567	

下記のとおり 金 円 のインフルエンザ予防接種費用の償還払いを申請します。

(注) ↑接種費用から下記自己負担額を差し引いた金額を記載してください。

【自己負担額】 標準量インフルエンザHAワクチン 1,650円

振込先	金融機関名	糸魚川 信用組合 信用金庫 労働金庫 県信漁連 農協	店舗名	本店 ヒスイ 支店						
	預金種別	普通・当座	口座番号	1	1	1	1	1	1	1
	ふりがな	ひめかわ はなこ	口座名義	姫川 花子						

添付書類 領収書の写し
予診票(2部複写のうち市提出分)
通帳の写し(口座情報のわかるもの)申請者と口座名義人が異なる場合は、
下記「委任状」もご記入ください。

申請期間 令和8年9月17日～令和9年3月31日まで(助成は期間内に1回のみです。)

※「口座名義人」と申請者が異なる場合は、下記に記入してください。

委任状

私は、「インフルエンザ予防接種費用償還払い申請」について、下記の者を私の代理人と定め、助成金の受領に関する行為を委任します。

委任者(申請者)	氏名	奴奈川 太郎			
代理人 (口座名義人)	住所	糸魚川市△△66			
	氏名	姫川 花子			
	生年月日	昭和35 年 3 月 5 日 生	申請者との続柄	娘	