

年 月 日

平内町長 殿

申請者 住 所
(保護者) 氏 名 ⑩
対象者との続柄 ()
電話番号 ()

平内町子どもインフルエンザ予防接種費用助成申請書兼請求書

平内町子どもインフルエンザ予防接種費用助成を受けたいので、平内町子どもインフルエンザ予防接種費用助成事業実施要綱第5条の規定により、下記のとおり申請します。

記

住 所	平内町大字 字 【□申請者と同じ】				
対象者氏名	生年月日	接 種 日		接 種 費 用	
	年 月 日	1 回目	年 月 日	1 回目	円
		2 回目	年 月 日	2 回目	円
	年 月 日	1 回目	年 月 日	1 回目	円
		2 回目	年 月 日	2 回目	円
	年 月 日	1 回目	年 月 日	1 回目	円
		2 回目	年 月 日	2 回目	円
	年 月 日	1 回目	年 月 日	1 回目	円
		2 回目	年 月 日	2 回目	円
				請求額	円

振 込 先 金融機関	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 農協・漁協		本店 支店 支所
	預金種別	普通・当座	口座番号	
	(フリガナ) 口座名義人			

本人確認の措置

☐窓 ☐郵送

○本人又は代理人の身元確認に必要なもの

身
元
確
認

Aから1種類 又は Bから2種類 又は Bから1種類 及びC	A	☐ 個人番号カード ☐ 自動車運転免許証 ☐ 運転経歴証明書 ☐ 旅券（パスポート） ☐ 住民基本台帳カード（写真付） ☐ 身体障害者手帳 ☐ 精神障害者保健福祉手帳 ☐ 療育手帳 ☐ 在留カード ☐ 特別永住者証明書 ☐ 官公署から発行された書類であって、「氏名＋生年月日」又は「氏名＋住所」が記載された写真付きのもの ☐ 民間機関等が発行した身分証明書であって、「氏名＋生年月日」又は「氏名＋住所」が記載された写真付きのもの ☐ 法人が発行した身分証明書であって、「商号＋本店の所在地」、「名称＋本店の所在地」、「商号＋主たる事務所の所在地」又は「名称＋主たる事務所の所在地」が記載されたもの（ ）
	B	☐ 健康保険被保険者証又は資格確認書（次のうちから2種類でも可） 国民健康保険、全国健康保険協会、共済組合、私立学校共済、後期高齢者医療、介護保険 ☐ 年金手帳 ☐ 住民基本台帳カード（写真なし） ☐ 児童扶養手当証書 ☐ 特別児童扶養手当証書 ☐ 生活保護医療受給証 ☐ Aに掲げる書類が更新中の場合に交付される仮証明書や引換証類 ☐ 官公署から発行された書類であって、「氏名＋生年月日」又は「氏名＋住所」が記載されたもの ☐ 個人番号利用事務実施者若しくは個人番号関係事務実施者が発行した書類であって、通知カードに記載された「氏名＋生年月日」又は「氏名＋住所」が記載されたもの（ ）
	C	☐ 通帳のコピー（申請者記載の申請者本人が窓口に来た場合）

こちらより下の部分のみをご記入ください

※代理人が申請する場合は必ず委任状を記入してください。

委任状

住所 _____ 氏名 _____

上の者を代理人と定め下記の行為を委任します。

記

予防接種事業の各種申請に関する一切の権限。

年 月 日

申請者（給付対象者）

住所 _____ 氏名 _____

※自署できない場合は代筆者が署名し、余白に代筆者氏名と申請者との続柄を記載

課長	係長	受付