**舟橋村妊婦等インフルエンザワクチン任意予防接種償還払い申請書兼請求書**

　　年　　月　　日

（あて先）舟橋村長

標記について、次のとおり関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者（被接種者①） | フリガナ |  | 生年月日 | 　 年 月　日 |
| 氏名 | 　　　　　　　　　　　　 ㊞ |
| 現 住 所 | 〒　　　- |
| 電話番号 |  |
| 対象区分※いずれかにチェック | □妊婦（母子手帳交付者）交付日：R　年　月　日、交付№　　 |
| □妊婦の配偶者又はパートナー等 |
| 接種日 | 　　　年　　　月　　　日 | 接種費用 | 　　　　　　円 |
| 被接種者② | フリガナ |  | 生年月日 | 　年 月　日 |
| 氏名 |  |
| 現住所 | □申請者と同じ | 〒　　　- |
| 対象区分※いずれかにチェック | □妊婦（母子手帳交付者）交付日：R　年　月　日、交付№　　 |
| □妊婦の配偶者又はパートナー等 |
| 接種日 | 　　　年　　　月　　　日 | 接種費用 | 　　　　　　円 |

私が受領する任意接種費用について、下記指定口座の振込を依頼します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 振　込　先 | 金融機関名 |  | 銀行信用金庫農協 | 本店支店支所 |
| 預金種別 | 普通　・　当座 |
| 口座番号 |  |
| 口座名義人 |  |
|  |

申請書の審査のため、住民基本台帳等を確認することについて承諾します。

承諾者氏名（自署）

＜村確認欄＞

□本申請書　　　　　　　　　□母子健康手帳(接種日時点で妊婦の方のみ)

□接種費用の支払いを証明する書類(領収書及び明細書、支払証明書等) ※原本

□振込先の確認ができるもの（写し可）