

**【記入例】** 様式第4号（第10条関係）

令和7年度砥部町子どもインフルエンザ予防接種費用助成事業助成金  
交付申請書兼請求書

記入不要  
年 月 日

砥部町長 様

申請者(請求者)

住 所 砥部町宮内1368番地

氏 名 砥部 ハナコ 印

必ず押印

助成対象者  
との続柄 母

電 話 番 号 ( 089 ) 962-6888

令和7年度砥部町子どもインフルエンザ予防接種事業実施要綱第10条の規定により、次のとおり申請するとともに請求します。

助成対象者	フリガナ	トベ タロウ		生年月日	■ 年 ■ 月 ■ 日
	氏名	砥部 太郎			
	現住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒		
	接種医療機関	名称	△△小児科		
		住所	〇〇市▲▲町■■■-■		
		電話番号	089-987-6543		
	接種費用	1回目	1,000円		
		2回目	1,000円		
	申請(請求)金額	2,000円			

私が受領する助成金について、下記指定口座への振込を依頼します。

振込先口座	金融機関名	〇〇	銀行 信用金庫 農協	□□	本店 支店 支所			
	金融機関コード				支店番号			
	預金種別	普通・当座						
	口座番号	1234567						
	フリガナ	トベ イチロウ						
口座名義人	砥部 一郎							
依頼人(申請者)氏名	砥部 ハナコ							

わかる場合には記載  
してください

申請者(請求者)と口座名義人が異なる場合、下記受領委任欄に記入してください。

受 領 委 任 状
私は、上記口座名義人に助成金の受領に関する一切の権限を委任します。 ▲年 ▲月 ▲日 申請者氏名 砥部 ハナコ ㊞ (署名又は記名押印)

【添付書類】

- 1 助成対象者の接種記録が確認できる母子健康手帳、予防接種済証又は接種済みの記載がある予診票等の写し
- 2 接種を受けた医療機関が発行した領収書（助成対象者の氏名、接種日、ワクチン名、料金、領収印及び医療機関名がわかるもの）※原本に限る。