

様式第1号(第4条関係)

インフルエンザ予防接種補助金交付申請(請求)書  
兼実績報告書

年 月 日

西会津町長 様

住所

(申請者本人)

氏名



このことについて、下記により補助金の交付を申請(請求)します。  
(下記のとおりインフルエンザ予防接種を実施したので報告します。)

記

補助金交付申請(請求)額 \_\_\_\_\_ 円

インフルエンザ予防接種証明書

・被接種者氏名 \_\_\_\_\_

・接種年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

・該当者への請求額 \_\_\_\_\_ 円

施設及び医療機関名

医師氏名 \_\_\_\_\_

\*インフルエンザ予防接種料金を支払った旨の領収書の添付があれば、医療機関の証明は不要です。

(ふりがな)

振込先 口座名義人(本人) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 銀行・金庫 \_\_\_\_\_ 支店

J A \_\_\_\_\_ 支店

口座番号 普通・当座 \_\_\_\_\_

# 記入例

インフルエンザ予防接種補助金交付申請(請求)書  
兼実績報告書

西会津町長 様

年 月 日  
**ワクチンを受けた方のお名前  
を記入してください。**

住所  
(申請者本人)  
氏名



このことについて、下記により補助金の交付を申請(請求)します。  
(下記のとおりインフルエンザ予防接種を実施したので報告します。)

## 記

補助金交付申請(請求)額 \_\_\_\_\_ 円

### インフルエンザ予防接種証明書

- ・被接種者氏名 \_\_\_\_\_
- ・接種年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日
- ・該当者への請求額 \_\_\_\_\_ 円

**領収書の添付がない場合、医療  
機関の証明が必要になります。**

施設及び医療機関名 \_\_\_\_\_  
医師氏名 \_\_\_\_\_ (印)

**口座名義人と申請者が異なる  
場合は委任状が必要です。**

\*インフルエンザ予防接種料金を支払った旨の領収書の添付があれば、医療  
機関の証明は不要です。

(ふりがな)  
振込先 口座名義人(本人) \_\_\_\_\_

**ゆうちょ銀行の場合、支店  
は漢字3ケタを記入して  
ください。例) 八二八など**

\_\_\_\_\_ 銀行・金庫 \_\_\_\_\_ 支店  
J A \_\_\_\_\_ 支店  
口座番号 普通・当座 \_\_\_\_\_

## 高齢者インフルエンザ予防接種補助金申請をされる方へ

指定医療機関以外または県外で予防接種を受けた場合、自己負担分を一度立替払いしていただき、別紙申請書を記入し町役場へ提出してください。後日負担金を指定口座へお振込みいたします。

◇裏面記入例を参考に記入してください。

### 注意事項

- ①申請者はワクチンを受けた方のお名前になります。
- ②振込先が申請者の口座と異なる場合は、別紙「委任状」を申請書と一緒に提出してください。
- ③申請書は接種後、すみやかに提出してください。

提出期限：**令和6年2月28日**までお願いします。

\* ご不明な点がありましたら下記問合せ先までご連絡ください。

問合せ先：〒969-4495

福島県耶麻郡西会津町野沢字下小屋上乙3308番地  
西会津町役場 健康増進課 健康支援係  
電話 0241-45-4532 FAX 0241-45-2229

# 委任状

私 \_\_\_\_\_ は下記の者を代理人と定め、高齢者インフルエンザ

予防接種補助金を \_\_\_\_\_ が受領することについて委任します。

記

受領代理人

住所 :

氏名 :

印

令和 年 月 日

依頼人

住所

氏名

印