

【記入の仕方・表面】

吹田市公害健

自己

「こすると消えるペン」や鉛筆での記入は不可です。

令和 ●年 ●月 ●●日

吹田市長宛

認定を受けている方

住 所 吹田市出口町 15-2

氏 名 吹田 太郎

電話番号 (090) 1234 - 5678

次のとおり、インフルエンザ予防接種に係る自己負担額助成金の交付を申請します。
なお、助成金は、次の口座に振り込んでください。

また、この申請に係る審査のために、市職員が申
調査することに同意します。

認定を受けている方

公害医療手帳番号 吹 99

氏 名 吹田 太郎

生 年 大正
月 日 昭和 ●年 ●月 ●日
平成医療機関で支払った金額（領収
書に記載されている金額）

吹田市出口町 15-2 電話番号 090

1,500 円

接種を受けた医療機関名

医療機関名

●●●●病院

認定を受けられている方の
名義のご指定の金融機関

ゆうちょ

銀行
信用金庫
信用組合

四一八

本店
支店
出張所預金の種別
口座番号
フリガナ
口座名義

預金の種別

☒ 普 通 ☐ 当 座

口座番号

1 2 3 4 5 6 7

フリガナ

スイタ タロウ

口座名義

吹田 太郎

軽微な誤字脱字の修正を
市側が行うことについて☒ 承諾する ☐ 承諾しない

上記のいずれかにチェックしてください。

1 注意事項 口座名義人は、被認定者本人にしてください。

2 添付書類 医療機関が発行したインフルエンザ予防接種に係る領収書の写し

※領収書の写しがない場合は、予防接種を受けられた医療機関にて裏面領収欄への記載を依頼してください。

(裏)

【記入の仕方・裏面】

領	収	欄
金 _____ 円		
インフルエンザ予防接種に係る自己負担額として、上記金額を領収しました。		
令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日		
医療機関	所在地	
	名 称	
	代表者氏名	

※ 添付書類（領収書の写し）がない場合、医療機関で署名又は記名押印してください。

領収書の写しがない場合、上記の領収欄に記入が必要となります。

予防接種を受けられた医療機関に依頼してください。