

様式第1号

(第4条関係)

(表)

吹田市公害健康被害被認定者のインフルエンザ予防接種に係る
自己負担額助成金交付申請書兼口座振込依頼書

令和 年 月 日

吹 田 市 長 宛

	住 所
申請者	氏 名
	電 話 () -

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、市職員が申請書に記載している事項について調査することに同意します。

公害医療手帳番号							
氏 名		生 年	大正		年 月 日		
		月 日	昭和				
		平成					
住 所		電 話 番 号					
交 付 申 請 額		円					
医 療 機 関 名							
振 込 先 金 融 機 関			銀 行		本 店		
			信用金庫		支 店		
			信用組合		出張所		
	預金の種別		<input type="checkbox"/> 普通		<input type="checkbox"/> 当 座		
口座番号							
フリガナ							
口座名義							
軽微な誤字脱字の修正を市側が行うことについて		<input type="checkbox"/> 承諾する		<input type="checkbox"/> 承諾しない			
		上記のいずれかにチェックをお願いします。					

- 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)

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。

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。