

記入例

高齢者用(R7)

インフルエンザ予防接種費用償還払い申請書

令和 年 月 日

新潟県糸魚川市長 様

【注意】 申請期限はR8年3月31日までです

申請者 (被接種者)	氏 名	ぬながわ たろう	生 年 月 日
		奴奈川 太郎	大正 3 年 2 月 1 日生 昭和
	住 所	電 話 番 号	
	糸魚川市〇〇321-45	123-4567	

下記のとおり 金 円 のインフルエンザ予防接種費用の償還払いを申請します。

(注) ↑接種費用から自己負担額 1,650円を差し引いた金額を記載してください。

振 込 先	金融機関名	糸魚川 信用組合 信用金庫 労働金庫 県信漁連 農協	店舗名	本店 ヒスイ 支店						
	預金種別	普通・当座	口座番号	1	1	1	1	1	1	1
	ふりがな	ひめかわ はなこ								
	口座名義	姫川 花子								

申請者と口座名義人が異なる場合は、
下記「委任状」もご記入ください。

添付書類 領収書の写し
予診票(2部複写のうち市提出分)

申請期間 令和7年10月1日～令和8年3月31日まで(助成は期間内に1回のみです。)

※「口座名義人」と申請者が異なる場合は、下記に記入してください。

委 任 状

私は、「インフルエンザ予防接種費用償還払い申請」について、下記の者を私の

代理人と定め、助成金の受領に関する行為を委任します。

委任者(申請者)	氏名	奴奈川 太郎		
代理人(口座名義人)	住所	糸魚川市△△ 66		
	氏名	姫川 花子	申請者との続柄	娘