

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

申請者 (被接種者)	氏 名	生 年 月 日	
		大正 年 月 日生 昭和	
	住 所	電 話 番 号	
	糸魚川市		

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) ↑接種費用から下記自己負担額を差し引いた金額を記載してください。

【自己負担額】1,650円

振込先	金融機関名	銀 行 信 用 組 合 信 用 金 庫 労 働 金 庫 県 信 漁 連 農 協	店舗名	本店 支店						
	預金種別	普 通 ・ 当 座	口座番号							
	ふりがな									
	口座名義									

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			
代理人(口座名義人)	住所			
	氏名		申請者との続柄	