

沼田市長様

沼田市インフルエンザ予防接種費用助成金交付申請書（妊婦及び重症化予防用）

下記のとおり、インフルエンザ予防接種費用助成金交付の対象（妊婦及び重症化予防）であることを申請いたします。なお、対象者であることを確認するため、申請内容について必要により市が保有する個人情報を調査及び確認することに同意します。

また、沼田市と委託契約をした医療機関で接種を受ける場合、市が実施医療機関に接種費用のうち自己負担金を除いた金額を直接支払うことを委任します。

記

※枠内の該当する□にレを記載する

住 所	〒 沼田市		電話番号	
申 請 者 ふりがな 氏 名		男 女	世帯主氏名	
生 年 月 日	昭和 平成 年 月 日生まれ（ 歳）			
助 成 金 額 (接種1回あたり)	<input type="checkbox"/> 3,800円 <input type="checkbox"/> 生活保護受給者は自己負担なし			
区 分	<input type="checkbox"/> 妊婦 <input type="checkbox"/> 重症化予防			
接種予定医療機関				
確 認 事 項	<input type="checkbox"/> 今年度、初めてインフルエンザ予防接種費用助成金交付申請を行います <input type="checkbox"/> 沼田利根医師会に属する協力医療機関で接種を受ける場合、接種費用から助成金額を除いた金額を、医療機関に支払います <input type="checkbox"/> <u>沼田利根医師会に属する協力医療機関以外</u> で接種を受ける場合、接種費用の全額を医療機関に支払い、市に接種及び支払を証明する書類等を提出し、手続きが完了することで、市が申請に係る助成金額を支払います			
合は記入 化予防の場 区分が重症	障 害 等	身体障害者手帳等級1級 障害名（ ）		
	確認事項	<input type="checkbox"/> 接種前に主治医に相談し、接種許可がありました		

(代理人) 住所

氏名

続柄（ ）

電話

（ ）