

様式第1号（第6条関係）

年 月 日

（宛先）三条市教育委員会

《申請者》

住所〒 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

三条市子どものインフルエンザ予防接種費用助成申請書兼実績報告書

三条市子どものインフルエンザ予防接種費用助成事業実施要綱の規定により助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請し、及び実績を報告します。

なお、交付の要件を満たすことを確認するために必要な情報について、三条市教育委員会が市の公簿で確認し、又は関係機関に照会することに同意します。

1 助成申請額 \_\_\_\_\_ 円

2 予防接種を受けた者

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日（ \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ か月）

3 助成金の振込先（※助成申請者本人名義の口座に限る。）

金融機関名		支店名	本店・（ ）支店		
金融機関コード		支店コード			
預金種別	普通・当座	口座番号			
フリガナ					
口座名義					
ゆうちょ銀行	記号	番号			
フリガナ					
口座名義					

添付書類

- (1) 予防接種を受けたことを証する書類
- (2) その他市長が必要と認める書類

【領収書、明細書、保護者名義の通帳の写し、母子健康手帳の予防接種欄の写し】

# 記入例

記入した日（提出する日）  
を記入してください。

様式第1号（第6条関係）

年 月 日

（宛先）三条市教育委員会

助成金の支給対象者となる  
保護者を記入してください。

《申請者》  
住所 〒955-1192  
三条市新堀 1311 番地  
氏名 三条 一郎  
電話番号 090-1234-5678

## 三条市子どものインフルエンザ予防接種費用助成申請書兼実績報告書

三条市子どものインフルエンザ予防接種費用助成事業実施要綱の規定により助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請し、及び実績を報告します。

なお、交付の要件を満たすことを確認するために必要な情報について、三条市教育委員会が市の公簿で確認し、又は関係機関に照会することに同意します。

1 助成申請額

2, 000 円

接種費用の額が2,000円  
未満の場合は、その額を  
記入してください。

2 予防接種を受けた者

住所 三条市新堀 1311 番地  
氏名 三条 花子  
生年月日 令和 5年 4月 1日（0歳 6か月）

1回目接種時の年齢を  
記入してください。

3 助成金の振込先（※助成申請者本人名義の口座に限る。）

金融機関名	三条銀行				支店名	本店・(さかえ) <u>支店</u>					
金融機関コード	1	2	3	4	支店コード	5	6	7			
預金種別	<u>普通</u> 当座		口座番号		1	2	3	4	5	6	7
フリガナ	サンジョウ イチロウ										
口座名義	三条 一郎										
ゆうちょ 銀行	記号					番号					
フリガナ											
口座名義											

申請者本人の口座情報を記入してください。  
（お子様名義等の口座は指定できません）

### 【添付書類】

- (1) 予防接種を受けたことを証する書類
- (2) その他市長が必要と認める書類

【領収書、明細書、保護者名義の通帳の写し、母子健康手帳の予防接種欄の写し】