

別記様式（第5条関係）

堺市インフルエンザ予防接種自己負担金助成申請書

年 月 日

堺 市 長 殿

申 請 者	住 所
	氏 名
	生年月日 大 ・ 昭 年 月 日生
	電話番号
	公害医療手帳 (堺)

インフルエンザの予防接種に係る助成を受けたいので、堺市インフルエンザ予防接種費用自己負担金の助成に関する要綱第5条の規定により申請します。

なお、添付書類等について不明な点がある場合は、内容確認のため、医療機関及び居住する市町村に堺市が問い合わせをすることに同意します。

また、助成の決定がなされた際には、公害医療手帳に係る登録口座に当該決定の助成金を振り込まれるよう依頼します。

自己負担額	¥ 円
-------	-----

添付書類

インフルエンザ予防接種済証、領収書その他のインフルエンザに係る予防接種に要した金額を証する書面