

別記様式（第5条関係）

中間市子ども及び妊婦インフルエンザ予防接種費用助成事業 申請書兼請求書

申請日 令和 年 月 日

中間市長 様

申請者（請求者）	住所
	氏名 <span style="float: right;">印</span>
	電話番号

中間市子ども及び妊婦インフルエンザ予防接種費用助成事業実施要綱第5条の規定により、関係書類を添えて、次のとおりインフルエンザ予防接種費用の助成を申請します。また、支給決定後は、当該決定額を請求しますので、助成金振込先に振り込んでください。

対象者

1	氏名	ワガナ	申請者との続柄		
			生年月日及び年齢	昭和・平成 年 月 日 ( 歳)	
	住所※				
	委任欄※	<input type="checkbox"/> インフルエンザ予防接種費用助成の申請及び請求の手続の権限を、申請者に委任します。			
	同意欄	<input type="checkbox"/> 助成を受けるに当たり、中間市が住民基本台帳等により被接種者の住所等を確認すること及び医療機関に予防接種歴を問い合わせることに同意します。			
	区分（該当する区分に○をつけてください）				
	小学生 ・ 中学生 ・ 高校生 ・ 妊婦				
	接種日	令和 年 月 日	接種金額	円	
	請求金額（接種金額と助成上限額のいずれか少ない金額）			円	
	医療機関名				

- 【注】 1 ※の欄は、対象者が申請者（請求者）と同一人の場合、記入は不要です。  
 2 対象者が複数いる場合、2人目以降は、裏面に記入してください。  
 3 助成上限額は、小学生、中学生及び高校生は2,000円、妊婦は3,000円です。

助成金振込先

金融機関名	銀行	口座種別	普通 ・ 当座				
	信用金庫 農協	口座番号					
店名	本店	口座名義人	ワガナ				
	支店 出張所						

（添付書類）

- (1) 医療機関が発行した領収書で接種ワクチン名、予防接種費用、被接種者氏名及び接種日が記載されたもの
  - (2) 預金通帳の写しその他振込先の分かる書類
  - (3) 学生証の写し（高校生のみ）
  - (4) 母子健康手帳の写し（妊婦のみ）
  - (5) その他市長が必要と認める書類
- ※1 (1)の領収書に接種ワクチン名又は被接種者氏名の記載がない場合は、予防接種の記録が記載されているもの（母子健康手帳、予防接種済証等）を添付してください。
- ※2 対象者と振込先の口座名義人が異なる場合は、口座名義人が対象者の親権者であるときを除き、助成金の受領に関する委任状を別途添付してください。

対象者（2人目以降）

2	氏名	フリガナ	申請者との続柄	
			生年月日 及び年齢	昭和・平成 年 月 日 ( 歳)
	住所※			
	委任欄※	<input type="checkbox"/> インフルエンザ予防接種費用助成の申請及び請求の権利を、申請者に委任します。		
	同意欄	<input type="checkbox"/> 助成を受けるに当たり、中間市が住民基本台帳等により被接種者の住所等を確認すること及び医療機関に予防接種歴を問い合わせることに同意します。		
	区分（該当する区分に○をつけてください）			
	小学生 ・ 中学生 ・ 高校生 ・ 妊婦			
	接種日	令和 年 月 日	接種金額	円
	請求金額（接種金額と助成上限額のいずれか少ない金額）			円
	医療機関名			
3	氏名	フリガナ	申請者との続柄	
			生年月日 及び年齢	昭和・平成 年 月 日 ( 歳)
	住所※			
	委任欄※	<input type="checkbox"/> インフルエンザ予防接種費用助成の申請及び請求の権利を、申請者に委任します。		
	同意欄	<input type="checkbox"/> 助成を受けるに当たり、中間市が住民基本台帳等により被接種者の住所等を確認すること及び医療機関に予防接種歴を問い合わせることに同意します。		
	区分（該当する区分に○をつけてください）			
	小学生 ・ 中学生 ・ 高校生 ・ 妊婦			
	接種日	令和 年 月 日	接種金額	円
	請求金額（接種金額と助成上限額のいずれか少ない金額）			円
	医療機関名			
4	氏名	フリガナ	申請者との続柄	
			生年月日 及び年齢	昭和・平成 年 月 日 ( 歳)
	住所※			
	委任欄※	<input type="checkbox"/> インフルエンザ予防接種費用助成の申請及び請求の権利を、申請者に委任します。		
	同意欄	<input type="checkbox"/> 助成を受けるに当たり、中間市が住民基本台帳等により被接種者の住所等を確認すること及び医療機関に予防接種歴を問い合わせることに同意します。		
	区分（該当する区分に○をつけてください）			
	小学生 ・ 中学生 ・ 高校生 ・ 妊婦			
	接種日	令和 年 月 日	接種金額	円
	請求金額（接種金額と助成上限額のいずれか少ない金額）			円
	医療機関名			

※中間市記入欄

受付番号		申請受付日	
受付確認者			
添付書類	<input type="checkbox"/> 予防接種の領収書		<input type="checkbox"/> 通帳の写し
	<input type="checkbox"/> 学生証の写し（被接種者が高校生の場合）		<input type="checkbox"/> 母子健康手帳の写し（被接種者が妊婦の場合）
	<input type="checkbox"/> 委任状（対象者と口座名義人が異なる場合）		<input type="checkbox"/> その他関係書類（ ）
助成決定額			