

様式第1号（第7条関係）

我孫子市小児インフルエンザ予防接種費用助成金交付申請書

令和〇年 〇月 〇日

我孫子市長 あて

太枠をご記入ください。

申請者（保護者）住所 我孫子市我孫子 1858 番地
氏名 我孫子 太郎 ㊟
続柄 父
電話番号 〇〇〇〇-××××

小児インフルエンザ予防接種費用の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

| | | | | | |
|--------|--------------|---|--------------------------|--------|------|
| フリガナ | アビコハナコ | 生年月日 | 〇年△月△日 | | |
| 対象児の氏名 | 我孫子 花子 | (年齢) | (△歳) | | |
| 対象児の住所 | 我孫子市我孫子 1858 | ※接種費用の額ではなく、申請額です。接種費用の額が1回につき1,500円以上の場合は申請額は1,500円、2回の場合は3,000円になります。 | | | |
| 申請額 | 円 | | | | |
| 内訳 | 1回目 | 接種年月日 | 令和〇年×月×日 | 接種費用の額 | 〇〇〇円 |
| | | 接種医療機関 | 名称 〇〇医院 住所 △市×××123番地 | | |
| | 2回目 | 接種年月日 | 年 月 日 | 接種費用の額 | 円 |
| | | 接種医療機関 | 名称 住所 | | |

次のいずれかに該当する方は、該当する番号に○をつけてください。

- 1 生活保護世帯
- 2 中国残留邦人等支援給付受給世帯

添付書類

- 1 小児インフルエンザ予防接種の接種年月日及び接種ワクチンが確認できる書類（母子健康手帳の写し可）
- 2 小児インフルエンザ予防接種に係る領収書
- 3 申請者及び対象児の住民票（下記同意書に記名押印した場合は、省略可）
- 4 生活保護世帯及び中国残留邦人等支援給付受給世帯の者は、休日・夜間等医療受給証又は本人確認証の写し（下記同意書に記名押印した場合は、省略可）

同意書

私は、小児インフルエンザ予防接種費用に係る助成金の交付決定に当たり、申請者及び対象児の住民票及び生活保護世帯の有無について、市が保有する。申請の
※同意する場合は忘れずに氏名のご記入と捺印をしてください。

我孫子市長 あて

申請者（保護者）氏名 我孫子 太郎 ㊟

※記名押印に代えて署名することができます。