

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

年 月 日

我孫子市長 あて

申請者（保護者） 住 所  
氏 名 ⑩  
続 柄  
電話番号

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		生年月日	年 月 日		
対象児の氏名		日 (年齢)	( 歳)		
対象児の住所	我孫子市				
申請額	円				
内 訳	1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				
	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

- 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）
- 小児インフルエンザ予防接種に係る領収書
- 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）
- 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又は中国残留邦人等支援給付受給世帯の該当の有無について、市が保有する公簿等により市職員が確認することに同意します。

我孫子市長 あて

申請者（保護者）氏名 ⑩

※記名押印に代えて署名することができます。