

別記様式（第6条関係）

小児用インフルエンザワクチン接種費用助成申請書（償還払用）

年 月 日

南相馬市長

住 所 南相馬市

避難先の住所

申請者 氏 名 ⑩

(保護者) 電話番号

任意予防接種を受けたので、添付書類を添えて助成金の交付申請をします。

金融機関名	支店名	種別	口座番号	口座名義
		1普通 2当座		フリガナ
	本・支店			

予防接種名		小児用インフルエンザワクチン接種			
予防接種を受けた方の情報					
氏名/フリガナ/性別/生年月日		接種回数	接種年月日	医療機関名	接種料金
【1人目】 フリガナ 氏名 年 月 日	男・女	1回目	年 月 日		円
		2回目	年 月 日	☐ 同上	円
【2人目】 フリガナ 氏名 年 月 日	男・女	1回目	年 月 日	☐ 同上	円
		2回目	年 月 日	☐ 同上	円
【3人目】 フリガナ 氏名 年 月 日	男・女	1回目	年 月 日	☐ 同上	円
		2回目	年 月 日	☐ 同上	円
接種証明書		別紙医療機関領収書のとおり			

○助成額

区 分	接種回数	助成額	
		1回目	2回目
1 生後6か月から12歳まで	2回	2,000円以内	2,000円以内
2 13歳から中学3年生まで	1回	2,000円以内	

領収額	助成額
円	円
円	円
計	円
(助成決定額)	

備考

- 申請の際、次の書類の写しを添付してください。
 - 小児用インフルエンザワクチン接種費用助成申請書（償還払用）
 - 医療機関領収書の写し
 - 母子健康手帳（接種日記載のページ）又は接種済証等、接種日が確認できる写し
 - 振込み先預金口座の通帳の写し（銀行名、支店名、口座名義人、口座番号が分かる部分）

2 送付先

なお、窓口にお越しいただける方は、印鑑（当申請書に押下したものと同一のもの）、母子健康手帳（接種日記載のページ）又は接種済証等、接種日が確認できるもの、振込先預金通帳、医療機関領収書を必ずご持参願います。

※予防接種を受けた子どもの人数が4名以上の場合、以降の欄に記入し提出してください。

予防接種名		小児用インフルエンザワクチン接種			
予防接種を受けた方の情報					
氏名/フリガナ/性別/生年月日	接種回数	接種年月日	医療機関名	接種料金	
【4人目】 男・女 フリガナ 氏名 年 月 日	1回目	年 月 日		円	
	2回目	年 月 日	□同上	円	
【5人目】 男・女 フリガナ 氏名 年 月 日	1回目	年 月 日	□同上	円	
	2回目	年 月 日	□同上	円	
【6人目】 男・女 フリガナ 氏名 年 月 日	1回目	年 月 日	□同上	円	
	2回目	年 月 日	□同上	円	
【7人目】 男・女 フリガナ 氏名 年 月 日	1回目	年 月 日	□同上	円	
	2回目	年 月 日	□同上	円	
【8人目】 男・女 フリガナ 氏名 年 月 日	1回目	年 月 日	□同上	円	
	2回目	年 月 日	□同上	円	
【9人目】 男・女 フリガナ 氏名 年 月 日	1回目	年 月 日	□同上	円	
	2回目	年 月 日	□同上	円	
【10人目】 男・女 フリガナ 氏名 年 月 日	1回目	年 月 日	□同上	円	
	2回目	年 月 日	□同上	円	
接種証明書		別紙医療機関領収書のとおり			