第１号様式（第７条関係）

**例**

申請日：令和〇　年　〇　月　〇日

# 鎌ケ谷市小児インフルエンザ任意予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

鎌ケ谷市長　殿

**申請者（保護者）**

氏　　名：初富　花子

接種者との続柄：母

所：鎌ケ谷市〇〇〇〇〇〇〇〇〇

話番号：〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

住民基本台帳等の公簿を閲覧することに同
予防接種費用助成事業実施要綱第７条第
１項の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請及び請求します。

修正方法
① 間違えた箇所に二重線
② その上に正しい文言を書く
③ ②の隣に申請者のフルネーム署名

## １　被接種者（お子さま）

| | | | |
|---|---|---|---|
| フリガナ | ハツトミ　タロウ | 生年月日 | 平成　初富花子<br>~~令和~~〇　年　〇　月　〇日 |
| 被接種者氏名 | 初富　太郎 | | |
| 住所（申請者の住所と異なる場合に記入）<br>鎌ケ谷市 | | | |

## ２　接種実績

| | |
|---|---|
| ワクチンの種類 | ［〇］皮下接種（インフルエ<br>［　］経鼻接種（経鼻弱毒生 |
| 接種日 | 令和〇　年　〇　月　〇日 |
| 接種に要した費用 | 〇,〇〇〇 円 |
| 接種した医療機関 | 〇〇〇〇クリニック |

「接種に要した費用」欄は訂正不可
（書き間違えたときは、お手数ですが新しい用紙に記入し直してください。）

※助成額は１回 2,000 円を上限とし、接種費用が 2,000 円未満の場合はその実費額となります。助成額は市が審査の上決定いたします。

## ３　振込先口座情報

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 〇〇〇〇 | 銀行・信用金庫<br>組合・農協 | 〇〇 | 支店<br>出張所 | 預金種別 | 普通・当座 |
| 口座番号 | | | フリガナ | ハツトミ　ハナコ | |
| 〇〇〇〇〇〇〇 | | | 口座名義人 | 初富　花子 | |

【添付書類】

［　］接種費用にかかる領収書の写し（接種者氏名、インフルエンザワクチン代であること、接種に要した費用が確認できるもの）

［　］母子健康手帳の写し（「予防接種の記録」欄）または予診票の写し等

［　］申請者（保護者）の本人確認書類の写し

［　］振込先口座の通帳またはキャッシュカードの写し

| |
|---|
| 鎌ケ谷市使用欄：交付決定（請求却下）の日　　年　　月　　日 |