

第 1 号様式（第 6 条関係）

香芝市子ども及び妊婦のインフルエンザ予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

香芝市長

被接種者が子どもの場合は、保護者名
をご記入ください。

令和〇年 〇月 〇日

住 所 香芝市〇〇 〇丁目〇〇〇番地〇
氏 名 香芝 太郎
電 話 番 号 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇

香芝市子ども及び妊婦のインフルエンザ予防接種費用助成金の交付を受けたいので、香芝市子ども及び妊婦のインフルエンザ予防接種費用助成金交付要綱第 6 条第 1 項の規定により、関係書類を添付して、次のとおり申請し、及び請求します。

1 助成対象子ども又は助成対象妊婦（以下「被接種者」という。）

被 接 種 者 1	住 所	☒ 申請者と同じ			
	フリガナ	カシバ ハナコ		生 年 月 日	
	氏 名	香 芝 花 子		令和〇年 〇月 〇日	
	申請者との続柄	☐ 本人 長女	ワクチンの種類	☐ インフルエンザHAワクチン ☒ 経鼻弱毒生インフルエンザワクチン	
	接 種 年 月 日	接 種 医 療 機 関 名			
	1 回 目	令和〇年 〇月 〇日 〇〇 病院			
	2 回 目	年 月 日 下記御参照の上、申請金額を計算してください。			
申請金額	1 回 目	4, 0 0 0 円		2 回 目	円
	1 回当たりの助成金の額は、接種費用×1／2（1 0 0 円未満の端数切捨て）で、インフルエンザHAワクチンにあっては2, 0 0 0 円を、経鼻弱毒生インフルエンザワクチンにあっては4, 0 0 0 円を上限とします。 インフルエンザHAワクチンに係る予防接種を同一年度内に2回受け、かつ、当該1回目の予防接種を受けた日時時点で13歳未満の方に限り、2回目の助成が受けられます。				
被 接 種 者 2	住 所	☒ 申請者と同じ			
	フリガナ	カシバ イチロウ		生 年 月 日	
	氏 名	香 芝 一 郎		平成〇〇年 〇月 〇日	
	申請者との続柄	長男	ワクチンの種類	☒ インフルエンザHAワクチン ☐ 経鼻弱毒生インフルエンザワクチン	
	接 種 年 月 日	接 種 医 療 機 関 名			
	1 回 目	令和〇年 〇月 〇日 〇〇 病院			
	2 回 目	令和〇年 〇月 〇日 〇〇 病院			
申請金額	1 回 目	2, 0 0 0 円		2 回 目	2, 0 0 0 円
	1 回当たりの助成金の額は、接種費用×1／2（1 0 0 円未満の端数切捨て）で、インフルエンザHAワクチンにあっては2, 0 0 0 円を、経鼻弱毒生インフルエンザワクチンにあっては4, 0 0 0 円を上限とします。 インフルエンザHAワクチンに係る予防接種を同一年度内に2回受け、かつ、当該1回目の予防接種を受けた日時時点で13歳未満の方に限り、2回目の助成が受けられます。				

被 接 種 者 3	住 所	□申請者と同じ				
	フ リ ガ ナ				生 年 月 日	
	氏 名				年 月 日	
	申請者との続柄			ワクチンの種類	☐ インフルエンザHAワクチン ☐ 経鼻弱毒生インフルエンザワクチン	
	接 種 年 月 日			接 種 医 療 機 関 名		
	1 回 目	年 月 日				
	2 回 目	年 月 日				
	申請金額	1 回 目	円		2 回 目	円
1回当たりの助成金の額は、接種費用×1/2（100円未満の端数切捨て）で、インフルエンザHAワクチンにあっては2,000円を、経鼻弱毒生インフルエンザワクチンにあっては4,000円を上限とします。 インフルエンザHAワクチンに係る予防接種を同年度内に2回受け、かつ、当該1回目の予防接種を受けた日時点で13歳未満の方に限り、2回目の助成が受けられます。						

2 同意事項

☒ 香芝市子ども及び妊婦のインフルエンザ予防接種に係る助成対象子どもの住民登録状況に

申請金額の合計を記入してください。
※訂正印は、使用できません。訂正がある場合は、新しい申請書兼請求書に記入してください。

3 請求金額（各被接種者の申請金額の合計）

請 求 金 額	金	8,000 円
---------	---	---------

4 振込先

金 融 機 関 名	〇〇 銀行									
金 融 機 関 コード	〇	〇	〇	〇						
支 店 名	〇〇 支店									
支 店 コード	〇	〇	〇							
預 金 種 別	☒ 普通 ☐ 当座 ☐ その他（ ）									
口 座 番 号	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇			
ゆうちょ銀行の場合	通 帳 記 号	1				0				
	通 帳 番 号									
フ リ ガ ナ	カシバ タロウ									
口 座 名 義 人	香 芝 太 郎									

添付書類

- ☒ 助成対象予防接種の接種費用を支払ったことが分かる領収書等の写し
- ☒ 母子健康手帳（予防接種の記録が記載された部分に限る。）の写しその他のワクチンの種類が分かる書類
- ☐ 助成対象子どもに係る申請にあっては、申請者と助成対象子どもとの続柄が分かる住民票の写し（上記の同意事項に記載された事項に同意する場合で、香芝市が公簿等により住民登録状況を確認できる場合は、不要）
- ☐ 助成対象妊婦に係る申請にあっては、助成対象妊婦の住民票の写し（上記の同意事項に記載された事項に同意する場合で、香芝市が公簿等により住民登録状況を確認できる場合は、不要）
- ☐ 助成対象妊婦に係る申請にあっては、母子健康手帳（助成対象妊婦の氏名、生年月日及び居住地が記載された部分に限る。）の写し
- ☒ 振込先が分かる書類の写し（預貯金通帳の写し、預貯金の引出用のカードの写し等）
- ☐ その他市長が必要と認める書類