

坂戸市子どもインフルエンザ予防接種費用助成金交付申請書

坂戸市長あて

インフルエンザ予防接種を受けましたので、坂戸市子どもインフルエンザ予防接種費用助成金交付要綱第6条の規定に基づき、下記のとおり助成金の交付を申請します。

なお、助成金の交付の申請にあたり、下記確認事項の内容に同意します。

※選択項目は□に✓をつけてください。

※機械で読取りを行いますので、太枠内を消えない黒色のボールペンで、楷書ではっきりと記載してください。

(助成対象者 保護者)	住 所	坂戸市					
	氏名フリガナ	セイ		メイ		電 話 番 号	
	氏 名	姓		名		被接種者との続柄	
被接種者 1	住 所	□助成対象者と同じ					
	氏名フリガナ	セイ		メイ		ワクチンの種類	□HA □経鼻弱毒生
	氏 名	姓		名		1 回目接種費用 (a)	円
	生 年 月 日	□平成 □令和		年	月	日生	2 回目接種費用 (a')
被接種者 2	住 所	□助成対象者と同じ					
	氏名フリガナ	セイ		メイ		接種費用計(A) (a)+(a')	円
	氏 名	姓		名		1 回目接種費用 (b)	円
	生 年 月 日	□平成 □令和		年	月	日生	2 回目接種費用 (b')
被接種者 3	住 所	□助成対象者と同じ					
	氏名フリガナ	セイ		メイ		接種費用計(B) (b)+(b')	円
	氏 名	姓		名		1 回目接種費用 (c)	円
	生 年 月 日	□平成 □令和		年	月	日生	2 回目接種費用 (c')
被接種者 4	住 所	□助成対象者と同じ					
	氏名フリガナ	セイ		メイ		接種費用計(C) (c)+(c')	円
	氏 名	姓		名		1 回目接種費用 (d)	円
	生 年 月 日	□平成 □令和		年	月	日生	2 回目接種費用 (d')
被接種者 5	住 所	□助成対象者と同じ					
	氏名フリガナ	セイ		メイ		接種費用計(D) (d)+(d')	円
	氏 名	姓		名		1 回目接種費用 (e)	円
	生 年 月 日	□平成 □令和		年	月	日生	2 回目接種費用 (e')
申 請 日		令和 年 月 日		申 請 金 額		(A)+(B)+(C)+(D)+(E) 円	

確 認 事 項

- ①助成回数は、インフルエンザHAワクチンは1回目の接種日時点で6か月以上13歳未満の方は2回、13歳以上の中学生の方は1回、経鼻弱毒生ワクチンは2歳以上中学生以下の方は1回となり、どちらか片方のワクチンのみ助成できます。
※インフルエンザHAワクチンは6か月未満の方、経鼻弱毒生ワクチンは2歳未満の方は接種することができません。
- ②医師の予診等の結果、接種を見合わせた場合に要した費用は助成の対象となりません。
- ③助成の対象となる被接種者は、接種日時点で坂戸市に住民登録がある方となります。接種日より前及び接種日に坂戸市外に転出（さかのぼりを含む）された方は対象となりません。後日、転出していたことが判明した場合は、接種費用の全額をお支払いいただきます。

※添付書類（別紙「添付書類台紙」に貼り付けてください）

□ 領収書（原本）

□ 振込先口座の分かるものの写し（通帳、キャッシュカード等）