様式第１号（第４条関係）

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

（提出先：坂戸市立市民健康センター）

助成金の交付を受けたいので、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４条第１項の規定により、次のとおり申請します。

なお、助成金の交付の決定に当たり必要となる情報について、市民健康センターの職員が住民基本台帳等により確認することについて同意します。

申請者（保護者）	住所						
	ふりがな	せい		めい		電話番号	
	氏名	姓		名		被接種者との続柄	
被接種者１	住所	□申請者と同じ。				ワクチンの種類	
	ふりがな	せい		めい		１回目接種費用 (a)	円
	氏名	姓		名		２回目接種費用 (a')	円
	生年月日	年　月　日				接種費用計（A） (a)+(a')	円
被接種者２	住所	□申請者と同じ。				ワクチンの種類	
	ふりがな	せい		めい		１回目接種費用 (b)	円
	氏名	姓		名		２回目接種費用 (b')	円
	生年月日	年　月　日				接種費用計（B） (b)+(b')	円
被接種者３	住所	□申請者と同じ。				ワクチンの種類	
	ふりがな	せい		めい		１回目接種費用 (c)	円
	氏名	姓		名		２回目接種費用 (c')	円
	生年月日	年　月　日				接種費用計（C） (c)+(c')	円
被接種者４	住所	□申請者と同じ。				ワクチンの種類	
	ふりがな	せい		めい		１回目接種費用 (d)	円
	氏名	姓		名		２回目接種費用 (d')	円
	生年月日	年　月　日				接種費用計（D） (d)+(d')	円
申請日		年　月　日				申請金額 (A)+(B)+(C)+(D)+(E)	円

確　認　事　項

1　助成回数は、予防接種（インフルエンザＨＡワクチンを使用する予防接種に限る。）を２回受ける者であって１回目の接種日において満１３歳未満であるものは２回、それ以外の者は１回となります。

2　医師の予診等の結果、予防接種をしなかった場合に要した費用は、助成対象となりません。

3　助成対象となる予防接種は、接種日時点で市内に住所を有する生後満６か月から１５歳に達する日以後の最初の３月３１日までの間にある者が受けた予防接種となります。

4　偽りその他不正な手段により助成金の交付を受けたことが判明したときは、既に交付した助成金の全部又は一部を返還していただきます。