

様式第1号(第6条関係)

八代市こどもインフルエンザ予防接種費用助成申請書

(あて先) 八代市長

令和 年 月 日

インフルエンザ予防接種を受けましたので、予防接種費用の助成を以下のとおり申請します。
なお、助成金については、下記の口座に振り込んでください。

インフルエンザ予防接種を受けたことについて、当てはまる項目に☑をお願いします。

- ☐ 接種日において八代市に住民登録をしている。
- ☐ 接種日において、生後 6 月から 12 歳に達する日以後の最初の 3 月 31 日までにある者である。
- ☐ 当該年度の 10 月 1 日から 1 月 31 日までの間に予防接種を受けた。

申請者住所	〒 八代市	電話()
申請者氏名 (保護者等)		

被接種者 (接種を受けた人)	男 ・ 女	生年月日	平成・令和 年 月 日 (歳 ヶ月)	
接種医療機関		接種費用 ※領収金額と 同額	1回目	円
			2回目	円
接種回数	回	助成額(申請金額) ・1回あたり1,000円 生活保護受給者は全額助成 ・1人あたり2回まで (経鼻ワクチンは2歳以上で1回まで)	申請金額	円

※ 同一世帯で他に被接種者がいる場合は、裏面に接種状況を記入してください。

下記の申請金額合計欄には、接種を受けた子どもの申請金額の合計額を記入してください。

申請金額合計	円 ※金額訂正不可
--------	-----------

◆振込先 ※申請者と口座名義人は同一

金融機関名							支店名		預金種別	
銀行 ・ 農協 信用金庫・信用組合							本店 ・ 支店 支所 ・ 出張所		普通 ・ 当座	
口座 番号							フリガナ			
							口座名義人			

＜添付資料＞ (1)予防接種を受けた領収書(原本) (2)予防接種を受けた時の予診票(原本又は写し)
(3)生活保護受給証明書(生活保護受給者のみ)

八代市記入欄

添付書類 : ☐ 予防接種の領収書(原本) ☐ 予診票 ☐ 生活保護受給証明書(生活保護受給者のみ)

相手方番号 : ()

【申請書提出先及び問合せ先】

健康推進課

〒866-8601 熊本県八代市松江城町 1-25

TEL 0965-33-5116

◆接種状況 ※同一世帯で他に被接種者がいる場合は、接種状況を記入してください。

被接種者 (接種を受けた人)	男 ・ 女	生年月日	平成・令和 年 月 日生 (歳 ヶ月)	
☐ 接種日において八代市に住民登録をしている。 ☐ 接種日において生後 6 月から 12 歳に達する日以後の最初の 3 月 31 日までにある者である。 ☐ 当該年度の 10 月 1 日から 1 月 31 日までの間に予防接種を受けた。				
接種医療機関		接種費用 ※領収金額と 同額	1回目	円
			2回目	円
接種回数	回	助成額(申請金額) ・1 回あたり 1,000 円 生活保護受給者は全額助成 ・1 人あたり 2 回まで (経鼻ワクチンは2歳以上で1回まで)	申請金額	円

被接種者 (接種を受けた人)	男 ・ 女	生年月日	平成・令和 年 月 日生 (歳 ヶ月)	
☐ 接種日において八代市に住民登録をしている。 ☐ 接種日において生後 6 月から 12 歳に達する日以後の最初の 3 月 31 日までにある者である。 ☐ 当該年度の 10 月 1 日から 1 月 31 日までの間に予防接種を受けた。				
接種医療機関		接種費用 ※領収金額と 同額	1回目	円
			2回目	円
接種回数	回	助成額(申請金額) ・1 回あたり 1,000 円 生活保護受給者は全額助成 ・1 人あたり 2 回まで (経鼻ワクチンは2歳以上で1回まで)	申請金額	円

被接種者 (接種を受けた人)	男 ・ 女	生年月日	平成・令和 年 月 日生 (歳 ヶ月)	
☐ 接種日において八代市に住民登録をしている。 ☐ 接種日において生後 6 月から 12 歳に達する日以後の最初の 3 月 31 日までにある者である。 ☐ 当該年度の 10 月 1 日から 1 月 31 日までの間に予防接種を受けた。				
接種医療機関		接種費用 ※領収金額と 同額	1回目	円
			2回目	円
接種回数	回	助成額(申請金額) ・1 回あたり 1,000 円 生活保護受給者は全額助成 ・1 人あたり 2 回まで (経鼻ワクチンは2歳以上で1回まで)	申請金額	円