記入例

※訂正がある場合は、申請者氏名欄に押印の上、訂正箇所に押印が必要です

接種日から180日以内に申請

年　月　日

申請者

〒 185-8501
住 所 **国分寺市泉町２-２-18**
氏 名 **国分寺　花子**
電 話 042 （ 312 ） 8628
被接種者との続柄 **母**

申請者＝保護者＝口座名義人

国分寺市子ども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

国分寺市子どものインフルエンザ予防接種費用助成金交付規則第５条の規定に基づき、国分寺市子どものインフルエンザ予防接種費用助成金の交付について以下のとおり申請します。この申請について、住民基本台帳等公簿の照合により住民登録の状況を確認すること及び医療機関へ接種内容を確認することに同意します。また、助成金の交付決定を受けた場合は、[illegible]請求日とし、かつ

いずれかにチェック☑

接種日時点で国分寺市に住民登録があること

【交付申請額】
支払金額と助成額（注射2,000円/回、経鼻4,000円）の低い方を記入

1	被接種者 氏名 **国分寺　太郎**			被接種者 生年月日 **平成　31年　10月　1日**		
	予防接種の種類（□にレを記入）	接種年月日	接種医療機関の名称	接種医療機関の住所	支払金額	交付申請額
	☑（注射）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	R8.10.1	●●クリニック	▲▲県●●市◆◆町１-１-１	4,000円	2,000円
	☑（注射）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	R8.10.31	●●クリニック	▲▲県●●市◆◆町１-１-１	4,000円	2,000円
2	被接種者 氏名 **国分寺　丸子**			被接種者 生年月日 **令和　2年　5月　5日**		
	予防接種の種類（□にレを記入）	接種年月日	接種医療機関の名称	接種医療機関の住所	支払金額	交付申請額
	□（注射）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	R8.10.10	●●クリニック	▲▲県●●市◆◆町１-１-１	9,000円	4,000円
	□（注射）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				円	円
3	被接種者 氏名 **国分寺　一朗**			被接種者 生年月日 **令和　7年　4月　10日**		
	予防接種の種類（□にレを記入）	接種年月日	接種医療機関の名称	接種医療機関の住所	支払金額	交付申請額
	☑（注射）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	R8.12.1	●●病院	▲▲県●●市◆◆町２-１-１	1,900円	1,900円
	☑（注射）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	R9.1.20	●●病院	▲▲県●●市◆◆町２-１-１	1,900円	1,900円
					合計額	11,800円

上記の申請者の口座

1～3の交付申請額の合計額

国分寺市子どものインフルエンザ予防接種費用助成[illegible]は、次の口座に振込をもって支払金を受領したものとします。

振込先										
	金融機関コード	0	0	0	0	店番	0	0	1	口座種別
	（金融機関名）**東京** ①銀行　4 信組 2 信金　5 その他 3 農協					（店名）**国分寺** 1 本店 ②支店 3 出張所				①普通 2 当座
	口座番号(右詰め)					口座名義				
	0	1	2	3	4	5	6	フリガナ **コクブンジ　ハナコ** **国分寺　花子**		

口座番号はすべて７桁で記入
７桁ない場合は、右詰めで記入し余りの枠に０（ゼロ）を記入
【振込先がゆうちょ銀行の場合】
店番は、記号（５桁）の「２～３桁目」＋「８」
口座番号は、８桁の番号のうち末尾の１桁を除いた７桁

[illegible]番３桁、口座番号７桁）を記入してください。

[illegible]書類の写し（予診票等の

必要書類が添付されているか確認してください