

接種日から180日以内に申請

記入例

※訂正がある場合は、申請者氏名欄に押印の上、
訂正箇所を押印が必要です

年 月 日

〒 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

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より、助成金の交付決定を受けた場合、申請者（保護者）は、接種費用の請求日とし、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

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			
1	予防接種の種類 (口にレを記入)	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
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			
2	予防接種の種類 (口にレを記入)	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
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			
3	予防接種の種類 (口にレを記入)	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より、助成金の交付決定を受けた場合、申請者（保護者）は、接種費用の請求日とし、かつ

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)				① 銀行	4 信組	(店名)				1 本店	① 普通			
	東京				2 信金	5 その他	国分寺				② 支店	2 当座			
					3 農協										
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

番3桁、口座番号7桁）を記入してください。

認書類の写し（予診票等の
認書類の写し必要書類が添付されて
いるか確認してください