

記入例

※訂正がある場合は、申請者氏名欄に押印したうえで、訂正印による訂正が必要です。

接種した日から180日以内に申請してください。

年 月 日

申請者

申請者は保護者様のお名前で、
振込先名義人と同一人としてください。

〒 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

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通知することを行います。

いずれかにチェック☑
を入れてください。

接種日時点で国分寺市に住民登録
がある必要があります。

【交付申請額】
支払金額と助成額(注射2,000円/回、
経鼻4,000円)を比べて低い方を記入
してください。

被接種者		被接種者		被接種者	
氏名 国分寺 太郎		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	R7.10.1	●●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	R7.10.31	●●クリニック	▲▲県●●市◆◆町1-1-1	4,000円 2,000円
被接種者		被接種者		被接種者	
氏名 国分寺 丸子		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	R7.10.10	●●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		被接種者		被接種者	
氏名 国分寺 一朗		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	R7.12.1	●●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	R8.1.20	●●病院	▲▲県●●市◆◆町2-1-1	1,900円 1,900円
合計額					11,800円

国分寺市子どものインフルエンザ予防接種費用助成金については、振込をもって支払金を受領したものとします。

1～3の交付申請額の合計を
入れてください。

振込先	金融機関コード				店番				口座種別	
	(金融機関名)				(店名)					
	東京				国分寺				① 普通	
	口 座 番 号(右詰め)				口 座					
	0	1	2	3	4	5	6	フリガナ	国分寺 花子	

上記の申請者の口座であるこ
とが必要です。

口座番号はすべて7桁で記入してください。

7桁ない場合は、右詰めで記入し、余りの枠に0(ゼロ)を入れてください。

【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桁の番号を記入してください。

(7桁)を記入してください。

必要書類が添付されているか確
認してください。