

大洲市子どもインフルエンザ任意予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

R8年 10月 1日

大洲市長 様

申請者 住所 大洲市東大洲270
氏名 大洲 一
連絡先 0893-23-0310
被接種者との続柄 父

大洲市子どもインフルエンザ任意予防接種費用助成金の交付を受けたいので、大洲市子どもインフルエンザ任意予防接種費用助成金交付要綱第3条第2項の規定により、関係書類を添えて申請します。

被接種者氏名 (予防接種を受けた人)	生年月日	接種日	申請（請求）額
大洲 太郎	H22年 1月 10日	R8.9.10	3,000円
大洲 次郎	H25年 9月 25日	①R8.9.10 ②R8.9.28	4,500円
大洲 三郎	R2年 5月 8日	①R8.9.10 ②R8.9.28	4,500円
	年 月 日		円

振込先 ※	金融機関	伊予	銀行・組合 金庫・農協	大洲	支店・支所 出張所
	預金種目	当座 ・ 普通	口座番号	1234567	
	フリガナ	オオズ ハジメ			
	口座名義人	大洲 一			

※振込先は申請者名義の口座に限ります。

【申請者が未成年（18歳未満）の場合の保護者同意欄】

上記申請者が本助成金の申請及び受領を行うことについて同意します。

保護者（法定代理人）氏名： （自筆署名）

電話番号：

続 柄：

【誓約事項・確認事項】

次の内容を確認し、□に✓を記入してください。

助成の合計金額が領収書の金額を超えないよう申請します。（大洲市以外の団体等から当該接種にかかる助成や補助を受ける場合は、大洲市と他団体等からの合計金額が領収書の金額を超えない範囲で申請します。） 尚、要件に満たさないことが判明した場合や偽りその他不正手段により接種費用の交付を受けたことが判明した場合は、助成金を返還します。	
--	---

添付書類

- (1) 医療機関等が発行した領収書又はそれに準ずる書類（予防接種名、被接種者氏名、接種料金、接種日、医療機関名が明記されたもの）
- (2) 振込先口座（申請者名義のものに限る）を確認できる書類

備考

ワクチン	対象者	回数及び金額の上限
インフルエンザ HAワクチン	生後6か月から13歳未満の者	2回 4,500円 うち、1回目 3,000円 2回目 1,500円
	13歳から18歳に達する日以後の最初の4月1日までにいる者	1回 3,000円
経鼻弱毒生イン フルエンザワク チン	2歳から18歳に達する日以後の最初の4月1日までにいる者	1回 3,000円

- (1) 申請書兼請求書1枚で複数人分（家族分等）をまとめて申請できます。
- (2) 助成金額及び回数の上限は上記のとおりです。
- (3) 本予防接種は任意接種です。任意接種で健康被害を受けた場合は、独立行政法人医療品医療機器総合機構（PMDA）による医薬品副作用被害救済制度の対象となる場合があります。