

【点鼻ワクチンを接種した場合の記載例】

別記第7号様式（第5条関係）

荒川

荒川区任意予防接種費用助成金交付申請書兼請求書
(インフルエンザワクチン予防接種用)

認め印を二箇所を押印ください
(シャチハタは不可)

荒川区長 殿

年 月 日

申請者 ※振込口座名義人と同一にすること
(郵便番号) 116 - 0002

現住所 東京都荒川2丁目2番1号

氏名 荒川 花子

昼間の連絡先 電話 080 (●●●●) ●●●●

荒川

下記のとおりインフルエンザワクチン予防接種費用の助成金の交付を申請します。
なお、本申請に当たり、被接種者の住民基本台帳を確認することについて同意します。
助成金については、下記口座への振込みを希望します。

記

| | | | |
|--------------------|------------------------|------|-----------------|
| 被接種者氏名 (お子様の名前) | フリガナ アラカワ タロウ 荒川 太郎 | 生年月日 | 2017 年 3 月 22 日 |
| 住所 (被接種時) | 荒川区 荒川 2 丁目 11 番 1 号 | | |

| 接種医療機関 | 医療機関住所 | 荒川区荒川〇丁目〇番〇号 | | |
|---|------------|---------------------|--------------|--------------------------------|
| | 医療機関名 | 保健所こどもクリニック | | |
| 種別 | 接種年月日 | 接種に要した 費用(実額)(A) | 助成上限額 (B) | (A)と(B)の いずれか少ない方 の金額(C) |
| 注射インフルエンザワクチン (6か月~15歳の方) | 年 月 日 | 円 | 2,000円 | 円 |
| 注射インフルエンザワクチン (6か月~13歳未満の方) | 年 月 日 | 円 | 2,000円 | 円 |
| 経鼻インフルエンザワクチン (2歳~15歳の方) | 2024年11月8日 | 9,500円 | 4,000円 | 4,000円 |
| 合計請求額(D) ※生活保護世帯の方及び中国残留法人等支給給付世帯 の方は(A)を記入 | | 4,000円 | | |

振込希望先 ※いわゆるネット銀行等、振込できない金融機関があります。詳細はお問合せください

| | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------|-------------------------------|--------------------|------|---------------|------|---|---|---|----|---|---|
| 金融機関名 | 〇〇 | 銀行・信用金庫 信用組合・農協 | ●●支店 | 金融機関 支店コード | 金融機関 | | | | 支店 | | |
| | | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 |
| 口座種別 | 〇1 普通 ・ 〇2 当座 | | 口座番号 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 口座名義 ※申請者と同一の名義 にすること | (カタカナ) アラカワ ハナコ (漢字) 荒川 花子 | | | | | | | | | | |

申請に必要なもの

- 荒川区任意予防接種費用助成金交付申請書兼請求書（本用紙）
- 医療機関の領収書 ※原本に限る
- 母子健康手帳 ※郵送の場合、出生届出済証明欄の写し及び予防接種の記録の分かる欄の写し
- 印鑑（認印）※インキ浸透式スタンプは不可、また郵送の場合、指定の箇所（2か所）に押印すること
- 振込希望先を確認できるもの ※郵送の場合、写し（例：預金通帳の写し）

- ・(生活保護世帯の方及び中国残留邦人等支援給付世帯の方) 証明できる書類の写し
- ・注射ワクチン接種の方は対象であることを証明できる書類の写し (例: 障害者手帳等)

申請期限 1回目の接種日の属する年度の末日まで